

**Hyperaktiv, aufmerksamkeitsgestört,
therapiebedürftig!?**
**Eine kritische Auseinandersetzung
mit der Darstellung von ADHS**

Abhandlung
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät
der
Universität Zürich

vorgelegt von
Reto Raimund Müller

Angenommen im Frühjahrssemester 2020
auf Antrag der Promotionskommission:
Herrn Prof. Dr. Philipp Gonon (hauptverantwortliche Betreuungsperson)
Herrn Prof. Dr. Roland Reichenbach

Zürich 2020

Hyperaktiv, aufmerksamkeitsgestört,
therapiebedürftig!?

Eine kritische Auseinandersetzung
mit der Darstellung von ADHS

Reto Raimund Müller

Zitieren als:

Müller, R. (2020). *Hyperaktiv, aufmerksamkeitsgestört, therapiebedürftig!? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Darstellung von ADHS*. Dissertation. Universität Zürich.

Inhaltsverzeichnis

Dank.....	IV
Zusammenfassung	V
Abbildungsverzeichnis	X
Tabellenverzeichnis	X
Abkürzungsverzeichnis	XI
1. Einleitung	1
1.1 Vorbemerkungen	1
1.2 Forschungsgegenstand und Problemstellungen	8
1.3 Datengrundlage und Fragestellungen	21
2. Methode, Theoriebezug und Forschungsprozess.....	24
2.1 Kritische Diskursanalyse nach Siegfried Jäger	24
2.1.1 Der Diskursbegriff im Verständnis der KDA.....	25
2.1.2 Zur Relation von Diskurs, Subjekt und Wirklichkeit	26
2.1.3 Zur Relation von Diskurs, Wissen und Macht	27
2.2 Methodenreflexion, Forschungsprozess und Forschungsbeitrag	29
2.2.1 Anmerkungen zur Methodenwahl und ihrem Einsatz	30
2.2.2 Geltungsbereich und Limitation	31
3. Strukturanalyse	32
3.1 Chronologische Struktur der Zeitschriftartikel – primäre Ordnung	32
3.2 Inhaltliche Struktur der Zeitschriftartikel – sekundäre Ordnung	39
3.2.1 Themenbereiche im Überblick	40
3.2.2 Auswertung der inhaltlichen Strukturierung	44
3.2.3 Artikelpositionierung, Charakterisierung und Quantifizierung	45
4. Feinanalytische Untersuchungen	52
4.1 Die Hyperkinetische Impulsstörung	52
4.1.1 Feinanalyse des Artikels von Laufer und Kollegen.....	53

4.1.2	Zusammenfassende Charakterisierung.....	56
4.2	Das hyperkinetische Syndrom im Kindesalter.....	58
4.2.1	Feinanalyse des Artikels von Gerhardt Nissen	58
4.2.2	Abschnittsanalyse im Überblick	67
4.2.3	Zusammenfassende Charakterisierung.....	71
4.3	Das Eckpunktepapier des zentralen ADHS-Netzes	72
4.3.1	Feinanalyse des Eckpunktepapiers.....	72
4.3.2	Abschnittsanalyse im Überblick	77
4.3.3	Zusammenfassende Charakterisierung.....	79
4.4	Zusammenfassung der Ergebnisse der Feinanalysen.....	80
4.4.1	Chronologie typischer Aussagen.....	81
4.4.2	Synopse der Aussagen zu Symptomatik, Funktionsniveau und Interaktionsfähigkeit.....	84
5.	Die Geschichte der ADHS in der klinischen Fachliteratur	86
5.1	Erste Beschreibungen von hyperaktiven Kindern mit einem der ADHS entsprechenden Störungsbild.....	91
5.2	Umbrüche in Amerika zur späteren Nachkriegszeit	95
5.3	Konkurrenz der Psychotherapieschulen in den USA unter Einfluss der Gesundheits- und Sozialpolitik.....	98
5.4	Behandlung verhaltensauffälliger Kinder mit Amphetaminderivaten.....	101
6.	Forschungsergebnisse zu typischen Aussagen.....	108
7.	Abschließende Diskussion	137
7.1	Schlussfolgerungen zu den ausgewählten empirischen Studien.....	137
7.2	Schlussfolgerungen zum theoretischen und historischen Teil.....	144
7.3	Fazit	150
8.	Bibliografie.....	153
9.	Anhang	166

A.	Diskursfragment Nr. 1	166
B.	Diskursfragment Nr. 2	168
C.	Diskursfragment Nr. 3	169
D.	Historischer Überblick (Quelle: Staufenberg, 2011)	171
E.	Diskursstränge und typische Aussagen im Überblick.....	172
F.	Konsultierte empirische Studien im Überblick.....	178

Dank

An dieser Stelle bedanke ich mich bei allen Personen, die zur Verwirklichung und zum Gelingen meiner Dissertation beigetragen haben.

Als Erstes möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Philipp Gonon bedanken. Nach der Emeritierung meines ursprünglichen Doktorvaters übernahm er die Erstbetreuung. Vielen Dank Herr Professor Gonon für Ihre freundliche Unterstützung und Ihre Anregungen in der Schlussphase meines Projekts.

Ich danke Herrn Prof. Dr. Roland Reichenbach für die wissenschaftliche Betreuung als Zweitgutachter. Besonders wertvoll und hilfreich waren Ihre Hinweise in einem PhD-Methoden-Modul. Sie bleiben mir in lebendiger Erinnerung.

Besonders danken möchte ich Herrn Prof. em. Dr. Jürgen Oelkers, meinem eigentlichen Doktorvater, für die ausgezeichnete Betreuung während der Forschungsarbeit für meine Dissertation. Besten Dank Herr Professor Oelkers für Ihre differenzierten Anregungen und den Zuspruch in strapaziösen Zeiten.

Mein persönlicher Dank gilt Frau Dr. Ursula Germann-Müller. Während all der Studien- und Weiterbildungsjahre hat sie mich mit Rat und Tat unterstützt. Von der Matura- bis zur Doktorarbeit hat Frau Dr. Germann alle meine Qualifikationsarbeiten wiederholt sorgfältig durchgesehen, differenziert betrachtet, kritisch mit mir diskutiert und akribisch lektoriert. Für Ihre jederzeit sehr engagierte und wertvolle Unterstützung gebührt Ihnen, Frau Dr. Germann, mein voller und besonders herauszustellender Dank.

Außerdem bedanke ich mich bei meiner direkten Vorgesetzten Marianne Zuberbühler, Stationsleiterin der Psychotherapiestation für junge Erwachsene (PTSJ), und dem ganzen interprofessionellen Team der PTSJ für die anregenden fachlichen Diskussionen und die gute Zusammenarbeit in einem ebenso interessanten wie herausfordernden beruflichen Umfeld.

Herzlich danken möchte ich schließlich meinen Freunden und meiner Familie.

Zusammenfassung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, kurz ADHS, ist ein psychiatrisches Krankheitsbild, ein Konstrukt für Beschreibung und Zusammenfassung verschiedener gut erforschter Verhaltensauffälligkeiten. Es wird seit den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts, damals vorwiegend von Fachleuten, unter wechselnden Begriffen und Gewichungen der Kernsymptome verwendet. Während das Konzept in den USA eine wissenschaftliche Kontroverse, die Widerhall in den Medien fand, auslöste, dauerte es in Europa vergleichsweise lange, bis der Begriff ADHS allgemein bekannt wurde. In Deutschland, Österreich und der Schweiz lässt sich seit der Jahrtausendwende ein verstärktes öffentliches Interesse feststellen. Auslöser dafür waren die erheblich angestiegenen ADHS-Diagnosezahlen und die rasant zunehmenden Medikamentenverordnungen zur Behandlung von Kindern. Gegenwärtig gilt ADHS weltweit als die häufigste psychische Störung des Kindes- und Jugendalters. Der Begriff ist allgemein bekannt geworden, verbreitet ist auch das Wissen um Medikamente, die verschiedene Symptome beheben oder lindern. Als Folge dieses wenig hinterfragten Wissens werden Verhaltensauffälligkeiten schneller als früher dem Oberbegriff ADHS zugeordnet. In vielen Fällen erfolgt ohne aufwendige Abklärung eine Medikamentenverordnung, in anderen Fällen die Überweisung an ein Therapeutenteam. Den Pädagogen mag es oft stören, dass zur Reduzierung der Symptome Medikamente eingesetzt werden, obwohl es auch pädagogische Möglichkeiten gäbe, Aufmerksamkeit und Verhalten zu beeinflussen.

Die vorliegende Dissertation verfolgt das Ziel, wegweisende wissenschaftliche Arbeiten zu den Themen „Aufmerksamkeitsstörung“, „Hyperaktivität“ kritisch zu vergleichen. Sie stellt fest, dass ihre Fragestellungen, Forschungsmethoden und Resultate sehr unterschiedlich sind und kommt zum Schluss, dass der Diagnosebegriff ADHS zwar eine sinnvolle Zusammenfassung verschiedener Verhaltensauffälligkeiten sein kann, da die Diagnose den Zugang zum Helfersystem ermöglicht, dass er aber auch die Gefahr in sich birgt, das einzelne Kind, seine Bezugspersonen, die besondere familiäre und schulische Umgebung zu wenig differenziert zu beobachten und die individuellen Ressourcen zu übersehen. Der in meiner Arbeit vertretene Blickwinkel ist ein pädagogischer. Er möchte der wenig reflektierten Verwendung des Begriffs ADHS entgegenwirken und einer Pädagogik, in der das je besondere Umfeld im Zentrum steht, das Wort geben. Die hier vertretene pädagogische Sichtweise und der Appell, sie in eine kritische Auseinandersetzung mit

den klinischen Aussagen einfließen zu lassen, finden eine exemplarische Unterstützung in den Kommentaren¹ zur Übersichtsarbeit „ADHS – an der Nahtstelle von Medizin und Pädagogik“ (Romanos & Jans, 2014).

Mit der globalen Verbreitung des medizinisch-psychiatrischen ADHS-Konzepts entstand bei vielen Bevölkerungsgruppen ein neues Bewusstsein für unterschiedliche *Verhaltensprobleme und Lernschwierigkeiten* von Kindern. Diese Sensibilisierung hat dazu geführt und trägt weiter dazu bei, dass zunehmend psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen wird, sei es, um eine psychische Krankheit frühzeitig zu erkennen oder zur Klärung des schulischen Förderbedarfs. Eine negative Begleiterscheinung mag es sein, dass viele Kinder, Eltern und Lehrpersonen die Verordnungen der Fachstellen häufig über sich ergehen lassen und wenig eigene Anstrengungen unternehmen, um Wege zur Verbesserung der Verhaltens- und Lerndefizite zu finden. Solche Passivität wird durch die allgemeine Akzeptanz des klinischen Konzepts gefördert. Dem entgegenzuwirken ist ein Anliegen der vorliegenden Arbeit, welche die klinische Perspektive darstellt, kontextualisiert und durch pädagogische Überlegungen ergänzen möchte.

Es gehört zum pädagogischen Ansatz, dass er in einen kulturellen Kontext eingebettet ist. Aus einer einseitig medizinisch-psychologischen Perspektive werden die Ursachen der mit ADHS assoziierten Schul- und Erziehungsschwierigkeiten beim betroffenen Kind gesucht und so dem kulturellen Zusammenhang entzogen. Dabei wird leicht übersehen, wie Probleme konzentrationsschwacher Kinder mit prekären familiären Bedingungen, institutionellen Widersprüchen einer Schule, die zwischen Förderung und Selektion hin und her pendelt, oder mit gesamtgesellschaftlichen Widersprüchen und Ungleichheiten in der Ressourcenverteilung zusammenhängen. Dass die Fähigkeit, die Aufmerksamkeitszuwendung und Konzentration zu steuern, auf Lernprozessen beruht, bleibt oft vergessen.

Die Fähigkeit zur *Selbstregulation* in Interaktionssituationen ist eine notwendige Bedingung für Lernen in der Schule. Sie zu fördern ist ein zentrales Anliegen der Pädagogik. Um zu lernen, Emotionen und Triebimpulse selbst zu regulieren, sind Kinder und Jugendliche auf eine verlässliche Unterstützung durch primäre oder für sie einspringende Bezugspersonen angewiesen. Die Bildungsforschung hat wiederholt gezeigt, wie

¹ Online verfügbar unter URL: <https://doi.org/10.1024/2235-0977/a000071> [abgerufen am 29. Februar 2020].

Anpassungsschwierigkeiten und Integrationsprobleme in der Schule in hohem Masse mit vorschulischen, außerschulischen und schulischen Entwicklungsbedingungen zusammenhängen. Viele Studien (z.B. PISA²; Kronig, 2007) belegen den Einfluss der soziokulturellen Herkunft auf den Bildungserfolg. Aus der klinischen Position wird oft übersehen oder zu wenig gewichtet, wie deutlich ein emotional als positiv empfundenen soziales Umfeld und eine auf der Grundlage von Wohlwollen und Ermutigung basierende Beziehung zwischen Kind und Bezugsperson(en) *Lernprozesse* fördern und wie oft Lernerfolg sich nur in einem Klima von Wertschätzung einstellt.

So klammert der klinische ADHS-Diskurs in der Regel die soziokulturellen Gegebenheiten aus und thematisiert, losgelöst davon, Verhaltensstörungen und Lernschwierigkeiten, die zu eingeschränkter Interaktionsfähigkeit und daraus resultierenden Integrationsproblemen führen. Ergänzend wird beleuchtet, wie sich solche Defizite negativ auf die Befindlichkeit von ADHS Betroffenen und deren Umfeld auswirken und die Lebensqualität vermindern.

Die zusammenfassende Feststellung, die sich aus dem klinischen Diskurs ergibt, spricht von erschwerten Erziehungs- und Bildungsbedingungen und von der Gefahr eines sich verstärkenden Desintegrationsprozesses.

Offensichtlich ist mit solcher Zusammenfassung die Pädagogik herausgefordert, geht es doch um erschwerte Voraussetzungen für Erziehung und Bildung in familiären und schulischen Kontexten, aber auch um problematische individuelle Entwicklungsverläufe, die der mit ADHS assoziierten Symptomatik zugeordnet werden.

Das klinische Konzept sieht helfende Wege in der medikamentösen Behandlung, in gezielten verhaltenstherapeutischen Methoden und in einem angemessenen pädagogischen Umgang. So wird die Pädagogik zwar miteinbezogen, ihre Fragestellungen, die immer den kulturellen Kontext mitberücksichtigen, aber doch eher an den Rand gedrängt.

Es ist ein Anliegen der vorliegenden Arbeit, dass die Erziehungswissenschaft sich kritisch mit dem ADHS-Konzept auseinandersetzt, zumal es *originär pädagogische Handlungsfelder* tangiert. Es gibt meines Wissens bisher keine erziehungswissenschaftliche Studie, die im klinischen ADHS-Diskurs tradierte Kernaussagen mit empirischen Befunden aus dem deutschsprachigen Raum vergleicht. Offensichtlich besteht hier noch Forschungsbedarf.

² Online verfügbar unter URL: <https://pisa.educa.ch/de/pisa-2018-0> [abgerufen am 03. Februar 2020].

Damit der Raum für pädagogische Fragestellungen erschlossen werden kann, ist vorgängig eine sorgfältige Sichtung der klinischen Forschungsergebnisse nötig. In der vorliegenden Arbeit wird die Darstellung von ADHS im klinischen Diskurs untersucht. Zentrale Elemente darin sind typische Aussagen³, die seit über 60 Jahren tradiert werden. Im Fokus der vorliegenden Arbeit stehen *Aussagen zur Beeinträchtigung des Funktionsniveaus, der Lebensqualität (oder des Wohlbefindens) und der Interaktionsfähigkeit*. Im klinischen Diskurs werden Defizite in diesen Bereichen mit den Kardinalsymptomen von ADHS – Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität – in Zusammenhang gebracht. Wie erwähnt, werden speziell auch Probleme der Erziehung und Schwierigkeiten in der Schule auf sie zurückgeführt.

Ausgangs- und Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung bilden somit die Fragen:

- *Wie lauten die typischen Aussagen zum Störungsbild der ADHS und der zugehörigen Symptomatik?*
- *Werden diese typischen Aussagen durch die empirische klinische Forschung im deutschsprachigen Raum gestützt?*

Die für das Vorgehen und den Forschungsprozess wichtigste methodische Orientierung bot Sigfried Jägers „Kritische Diskursanalyse“. Es handelt sich bei der vorliegenden Dissertation dementsprechend um eine *qualitative Forschungsarbeit*, die sowohl wegweisende Literatur als auch die Ergebnisse ausgewählter empirischer Studien vergleicht.

Die *diskursanalytische Fundierung* diente der Strukturierung des Projekts und lieferte dazu einen ergiebigen theoretischen Hintergrund für die Reflexion der Kontextualisierung. Es wird beispielsweise plausibel, dass die *ständige Wiederholung* von typischen Aussagen in einem Diskurs wie ein Anker für Erinnerungen wirkt. Das über die Aussagen transportierte Wissen setzt sich im kollektiven Gedächtnis fest, wodurch sich früher oder später handlungsleitende Wissensbestände etablieren. Über die Evidenz des Wissens ist dabei noch nichts ausgesagt.

Weiterhin hilft das Modell der Wechselwirkungen zwischen den Diskursebenen, besser zu verstehen, wie historische, soziale und gesellschaftspolitische Einflüsse als *treibende Kräfte* den klinischen Diskurs forciert haben und dies weiterhin tun. Klären ließen sich außerdem die diesem regen Austausch zugrunde liegenden Motive.

³ Nach Siegfried Jäger sind „Aussagen“ der inhaltlich gemeinsame Nenner, welcher – unter Beachtung der jeweiligen Kontexte – aus Sätzen und Texten gezogen werden kann.

Im *Ergebnis* wird durch den Vergleich der ausgewählten Studien deutlich, wie die Aussagen zu Störungsbild, Symptomatik und zur Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Studien zwar unterstützt werden, aufgrund ihrer ungenügenden empirischen Fundierung aber nicht generalisierbar sind. Im Besonderen zeigen die skizzierten Studienergebnisse eindrücklich, wie Lernschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten weniger mit der ADHS zusammenhängen als vielmehr mit einer anderen, jeweils zusätzlich zur ADHS diagnostizierten psychischen Störung.

Insgesamt zeigen sowohl die Überprüfung der empirischen Fundierung und Kongruenz der Kernaussagen wie auch die diskurstheoretisch fundierte Reflexion der Kontroverse um ADHS charakteristische, dem ADHS-Fachdiskurs immanente Verengungen und Limitationen auf und hinterfragen sie kritisch.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Rangfolge und Anzahl der erfassten Artikel nach übergeordneten Themenbereichen.....	44
Abbildung 2: Typische Aussagen zur ADHS-Symptomatik	82

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Publikationen 2017	32
Tabelle 2: Publikationen 2016	33
Tabelle 3: Publikationen 2015	33
Tabelle 4: Publikationen 2014	34
Tabelle 5: Publikationen 2013	34
Tabelle 6: Publikationen 2012	34
Tabelle 7: Publikationen 2011	35
Tabelle 8: Publikationen 2010	35
Tabelle 9: Publikationen 2009	35
Tabelle 10: Publikationen 2008	36
Tabelle 11: Publikationen 2007	36
Tabelle 12: Publikationen 2006	36
Tabelle 13: Publikationen 2005	37
Tabelle 14: Publikationen 2004	37
Tabelle 15: Publikationen 2003	37
Tabelle 16: Publikationen 2002	37
Tabelle 17: Publikationen 2001	38
Tabelle 18: Publikationen 2000	38
Tabelle 19: Publikationen 1999	38
Tabelle 20: Kategoriale Zuordnung der inhaltlichen Schwerpunkte	40
Tabelle 21: Aussagen zu schulischer Leistung, Beziehungs- und Lebensqualität.....	84
Tabelle 22: Chronologie zu den Klassifikationen ICD und DSM	172
Tabelle 23: Überblick der Diskursstränge und Aussagen.....	172

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	<i>Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung</i>
ADI-R.....	<i>Diagnostisches Interview für Autismus - Revidiert</i>
ADOS	<i>Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen</i>
ANOVA	<i>Einfaktorielle Varianzanalyse</i>
ASD.....	<i>Autismus-Spektrum-Störungen</i>
CBCL	<i>Child Behavior Check List</i>
CIBA(-Geigy AG).....	<i>Pharmakonzern (heute: Novartis)</i>
DGKJP	<i>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.</i>
DISS	<i>Duisburger Institut für Sprach- und Sozialforschung</i>
DISYPS.....	<i>Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche</i>
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EBI	<i>Eltern-Belastungs-Inventar</i>
EEG	<i>Elektroenzephalogramm</i>
EG.....	<i>Experimentalgruppe</i>
FBB-HKS	<i>Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen</i>
FEEL-KJ..	<i>Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen</i>
HAWIK	<i>Hamburg-Wechsler-Intelligenztests für Kinder</i>
HKS.....	<i>Hyperkinetische Störungen oder Hyperkinetisches Syndrom</i>
HSV	<i>Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens</i>
ICD	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>
IQ.....	<i>Intelligenzquotient</i>
K-ABC	<i>Kaufman Assessment Battery for Children</i>
KDA	<i>Kritische Diskursanalyse</i>
KG	<i>Kontrollgruppe</i>
K-TIM	<i>Kaufman-Test zur Intelligenzmessung für Jugendliche und Erwachsene</i>
LRS.....	<i>Lese-Rechtschreibstörung</i>
MANOVA.....	<i>Multivariate Varianzanalyse</i>

MPH.....	<i>Methylphenidat, z.B. Ritalin, Medikinet, Concerta</i>
NDEA	<i>National Defense Education Act</i>
NIMH.....	<i>National Institute of Mental Health</i>
OA.....	<i>Originalarbeit</i>
PFMSS	<i>Preschool Five Minute Speech Sample</i>
RCT.....	<i>Randomisierte kontrollierte Studie</i>
SDQ	<i>Strengths & Difficulties Questionnaires</i>
SK	<i>Soziale Kompetenz</i>
SSV	<i>Störung des Sozialverhaltens</i>
ÜA.....	<i>Übersichtsarbeit</i>
UV.....	<i>Unabhängige Variable</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WISC	<i>Wechsler Intelligence Scale for Children</i>
ZNS.....	<i>Zentralnervensystem</i>

1. Einleitung

1.1 Vorbemerkungen

Bei Störungsbildern, die sich im schulischen oder familiären Umfeld abzeichnen, werden Fachleute aus Medizin, Psychologie und Pädagogik beigezogen. Aus den unterschiedlichen Perspektiven werden verschiedene Erklärungsmuster und Lösungsansätze entwickelt. Die vorliegende Arbeit zeigt auf, wie es zu sinnvoller Übereinkunft und Zusammenarbeit, aber auch zur Verfestigung von Betrachtungsweisen kommen kann. Weil Austausch zwischen den Disziplinen sowie zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen aus der Praxis eine kreative Entwicklung ermöglichen, sollen einige einleitende Gedanken zu diesem Austausch den Überlegungen zum ADHS-Diskurs vorangestellt werden.

Diskurse zum *Verhältnis von Theorie und Praxis* sowie über Zuständigkeitsbereiche von Disziplinen und Professionen haben in der Pädagogik, der Erziehungswissenschaft und anderen Institutionen, die sich wissenschaftlich oder beruflich mit Kindern und Jugendlichen beschäftigen, eine lange Tradition. Dabei inspirieren sich Berufspraxis mit ihren verschiedenen Kontaktfeldern und Wissenschaft, die sich durch genaue Definition der verwendeten Begriffe auszeichnet, gegenseitig.

Um zu verstehen, wie sich ein psychiatrisches Konstrukt wie ADHS auf interdisziplinärer und globaler Ebene durchsetzen konnte, sind historische, soziale und gesellschaftspolitische Einflüsse zu berücksichtigen. Medien, Wissenschaft, Politik und Alltag stimulieren sich nicht nur wechselseitig, sondern reagieren auch auf sich stetig verändernde Anforderungen und Erwartungen von Menschen. Kollektiv geteilte „Wirklichkeiten“ werden *diskursiv* also immer wieder neu konstituiert. Zur Illustration solcher Wechselwirkung und zur Verortung meines Dissertationsprojekts im Forschungsbereich der Erziehungswissenschaft sollen im ersten Teil der Einleitung zwei für die Geschichte der Pädagogik bedeutsame Fragestellungen erwähnt werden, bei denen sich verschiedene Disziplinen begegnen und die beide für neue Sichtweisen in der Pädagogik wichtig wurden. Als überzeugende Beispiele für solches Zusammenspiel sollen die psychoanalytisch orientierte Pädagogik und als Beispiel aus der Gegenwart wegweisende Gedanken aus dem Sammelband „Die Psychologisierung der Pädagogik – Übel, Notwendigkeit oder Fehldiagnose“ (Reichenbach & Oser, 2002) herangezogen werden. Aufschlussreich ist

außerdem der Beitrag „,Diagnostik‘ und ,praktische Behandlung‘ – Die Entstehung der therapeutischen Funktion der Schule“ (Bühler, 2017).

Der *psychoanalytisch-pädagogische Diskurs* war von Anfang an interprofessionell und interdisziplinär angelegt. Die vielen renommierten WegbereiterInnen vertreten die Bereiche Medizin, Psychoanalyse, (Kinder-)Psychologie, Philosophie, Theologie, Schul-, Sonder-, Sozial-Pädagogik. Unter solch vielfältiger Konstellation entstanden zwischen 1926 und 1937 intensiv geführte Diskussionen, die für „wenige Jahre auch wissenschaftlich ergiebig [wurden]“ (Ertle, 1985). Dokumentiert sind sie in der 1926 erstmals publizierten *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik*, dem wichtigsten Kommunikationsorgan der Bewegung. Im gleichen Jahr erschien auch *Das Psychoanalytische Volksbuch*, ein Nachschlagwerk für die interessierte Bevölkerung, welches allgemeinverständlich über psychoanalytische Einsichten informiert und Rat für erzieherische Alltagsprobleme bietet. Das Wissen war somit Fachleuten wie auch Laien zugänglich. Mit der Verbreitung des Nationalsozialismus und der Einstellung der Zeitschrift setzte die Auflösung der psychoanalytisch-pädagogischen Netzwerke ein, womit auch dem Diskurs ein grober Einschnitt beschieden war. Einige Autoren (z.B. Crain, 2005, S. 52f; Datler, 1995, S. 24; Ertle, 1985, S. 25) vertreten den Standpunkt, dass sich der Niedergang der einst so euphorisch-optimistisch gestimmten psychoanalytischen Pädagogik bereits vor dem sich etablierenden faschistischen Regime aus den eigenen Reihen angekündigt habe, da sich die PsychoanalytikerInnen stärker auf medizinisch-therapeutische Belange konzentrierten, während der psychoanalytisch-pädagogische Diskurs nach und nach ins Hintertreffen geraten sei.

Im Gefolge der 68-Bewegung kam es zur Wiederbelebung der psychoanalytischen Pädagogik, das Interesse an ihr nahm in den 70er Jahren besonders im universitären Umfeld zu und in den 80er Jahren wurde sie als „Wissenschaftsgebiet“ definitiv neu zum Leben erweckt (vgl. Fatke, 1995, S. 12 f.; Zagorac, 2008, S. 22). Das sich neu entzündende Feuer für pädagogische Fragen zeigt sich in der Fülle und Vielfalt neuer einschlägiger Publikationen, darauffolgender Tagungen und Kongresse sowie in der Bildung neuer Netzwerke. Als Krönung der neu entfachten Bewegung kann die Gründung der „Kommission für Psychoanalytische Pädagogik“, die ab 1984 im Rahmen der „Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft“ etabliert wurde, betrachtet werden (vgl. Fatke, 1995, S. 13; Hirblinger, 2001, S. 30; Kreuzer, 2007, S. 38; Zagorac, 2008, S. 22 f.). Im Jahre 1987, auf Initiative von Professor *Reinhard Fatke* aus Fribourg, wurde der Idee

einer psychoanalytisch fundierten Erziehungslehre auch organisatorisch wieder zum Leben verholfen (vgl. Federn, 1990, S. 45). Ab 1989 erschien das „Jahrbuch für psychoanalytische Pädagogik“, gefolgt von weiteren Periodika.

Die Vertreter der neuen psychoanalytisch geprägten pädagogischen Bewegung interessieren sich zunächst für eine Standortbestimmung, im Zuge derer die Probleme der WegbereiterInnen und ihre Fragen schwerpunktmäßig in der sogenannten „Selbstverständnisdiskussion“ zwischen 1983 und 1989 neu aufgerollt werden (Hirblinger, 2001, S. 30 f.; Kreuzer, 2007, S. 38; Zagorac, 2008, S. 22). Diskussionspunkte sind kulturelle und pädagogische Zielorientierungen, ihre Akzeptanz und Legitimität, ferner die Erziehungspraxen mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen. Aus psychoanalytisch-pädagogischer Sicht besteht die *Erziehungskunst* darin, einen goldenen Mittelweg zu finden zwischen „Gewährenlassen“ und „Versagen“ (d.h. verbieten, unterdrücken oder hemmen von Triebimpulsen), was als zwei gegensätzliche Praxen oder als Doppelaufgabe der Erziehung verstanden werden kann. Es gilt sowohl die Interessen der Kultur als auch die Integrität und Souveränität des Individuums zu wahren. Sigmund Freuds Fallanalysen haben aufgezeigt, wie die Unterdrückung natürlicher Anlagen und Triebe neurotische Störungen begünstigen. Die Triebunterdrückung als Nebenwirkung der Erziehung lässt sich nicht gänzlich vermeiden, denn sie ergibt sich zwangsläufig aus kulturellen und gesellschaftlichen Gegebenheiten (Redl, 1932). Von der Psychoanalyse inspiriert berücksichtigt jedoch eine optimierte Erziehungspraxis vermehrt die inneren Voraussetzungen im Kinde und versucht ein günstiges Klima für eine natürliche und individuelle Entwicklung zu schaffen. Ein solches Klima wirke „prophylaktisch im Sinne der psychischen Hygiene“ (Zulliger, 1957).

Diskurse mit interdisziplinärem und interprofessionellem Hintergrund stehen immer wieder vor neuen Herausforderungen. Je nachdem in welche Richtung eine Gesellschaft und ihre Kultur sich bewegen und was für Schwerpunkte sie setzen, werden Konflikte zwischen kindlichen Bedürfnissen und den Normen der Erwachsenenwelt gravierend; manchmal werden sie mehr im Hintergrund ausgetragen; dann treten sie wieder ins Rampenlicht. Es ist naheliegend, dass auch Kontroversen im Zusammenhang mit Diagnose und Behandlung von ADHS davon tangiert werden. Beim historischen Rückblick auf den Diskurs von Psychoanalyse und Pädagogik fällt auf, dass die Zusammenarbeit von Medizin, Psychologie und Pädagogik offensichtlich nicht nur inspirierend, sondern auch ertragreich war. Insofern kann die „Psychoanalytische Pädagogik“ dazu ermuntern, den Austausch zu pflegen und als etwas Bereicherndes zu erleben.

Anlässlich eines Kolloquiums mit dem Titel „Die Erosion des pädagogischen Denkens – zur Psychologisierung pädagogischer Theorie und Praxis“ entstanden elf Beiträge, die Roland Reichenbach und Fritz Oser im oben genannten Sammelband veröffentlichten. Der durch den Titel erweckte Eindruck, dass Psychologisierungstendenzen eine Gefahr für die pädagogische Theorie und Praxis darstellen würden, sei zwar beabsichtigt, aber nicht das eigentliche Thema. Vielmehr gehe es „um bestimmte Einflüsse bestimmter Psychologien für das pädagogische Selbstverständnis – Psychologien übrigens, die mit wissenschaftliche Psychologie nicht eben immer viel zu tun haben müssen, aber für die Interpretation der (pädagogischen) Alltagskultur dennoch oder gerade deshalb bedeutsam sein können“ (Reichenbach 2002, S. 7).

Es folgen Leitgedanken aus zwei Beiträgen, einer stammt von Jürgen Oelkers, der andere von Bärbel Schön. Um ihre Überlegungen an aktuellen gesellschaftlichen und fachlichen Entwicklungen zu konkretisieren, beziehe ich mich auch auf Philipp Gonon und Roland Reichenbach.

Jürgen Oelkers geht in Bezug auf das Verhältnis von Psychologie und Pädagogik „von einer Verschränkung aus, die sich vor der Herausbildung der akademischen Disziplinen vollzogen“ [habe] und die *unabhängig* davon [existiere]“. „Verschränkung“ meine „durchaus wechselseitige Stimulanz, die auf praktische Anforderungen und einen Markt der Forderungen oder Meinungen reagieren“ müsse. Beide Wissensgebiete bezögen sich auf *Erwartungen*, nicht auf sich selbst (Oelkers, 2002, S. 12).

Bärbel Schön untersucht einen speziellen Aspekt der Psychologisierung, nämlich die *Therapeutisierung* des pädagogischen Denkens und Handelns (vgl. Schön, 2002, S. 109). Dabei geht sie von einer irreversiblen Verschiebung vom erzieherischen zum therapeutischen Deutungsmuster aus, denn im Verlauf der letzten 30 Jahre seien therapeutische Elemente nicht nur in die Erziehungswissenschaft, sondern auch ins Alltagsverständnis von Erziehung eingedrungen. Schön sieht in der sorgfältigen Prüfung der Elemente des therapeutischen Diskurses für die Pädagogik eine Chance, ihr eigenes Profil zu schärfen.

Der Wandel der Deutungsmuster korreliere mit gesellschaftlichen Modernisierungsprozessen. Sie verändern die Voraussetzungen für einzelne Personen dahingehend, dass sie angesichts von erweiterten Wahlfreiheiten und Optionen eher gezwungen sind, selbst Entscheidungen zu treffen. Mit der Flexibilisierung und Destandardisierung des Lebenslaufs verlieren Altersnormen, die Abfolge biographischer Lebensereignisse und die gesellschaftlichen Rollendominanzen ihre Rigidität (vgl. Reichenbach, 2017, S. 257). Vor diesem Hintergrund werden die Schlüsselkompetenzen Flexibilität, Mobilität und

Reflexivität besonders relevant. Auch die Bereitschaft, mehr Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen und Konsequenzen der eigenen Entscheidungen selbst zu tragen, wird in zunehmendem Masse verlangt. *Philipp Gonon* beschreibt, wie solche Selbstbestimmung auch mit Veränderungen im Bildungswesen zusammenhängt. Sie prägen nicht nur das Lernverhalten und die Zielorientierungen von Studierenden (vor allem aus bildungsnäheren Milieus), sondern zugleich die traditionelle Funktionslogik der Pädagogik: „Nicht mehr die Volksbildung oder eine breit gefächerte Bildung als Programmatik steht im Vordergrund, sondern vielmehr der autonome Lerner und Nutzer zertifizierter Bildung, der sich selbst managt und sein Kompetenzportfolio pflegt und erweitert“ (Gonon, 2017, S. 221). Schultheoretische Überlegungen bieten insofern eine Möglichkeit der Kontextualisierung, die Wortwahl im zweiten Teil des Zitats verweist z.B. auf betriebswirtschaftliche Wertkonventionen, die über den ökonomischen Kontext hinaus schon lange weitere gesellschaftliche Bereiche und Subsysteme durchdringen.

In der Erziehungswissenschaft hätten sich diese – unter dem Begriff *Modernisierung* gefassten – Entwicklungen zunächst darin gezeigt, dass sie sich „von der geisteswissenschaftlichen Pädagogik und der in ihr beheimateten Begriffe wie Vertrauen, Begegnung, Strafe, Autorität, Gemeinschaft und Verantwortung“ (Schön, 2002, S. 114) abgewendet und sich an der Soziologie und deren Terminologie orientiert habe. Zur selben Zeit seien, durch eine sich ausbreitende allumfassende Ideologiekritik, „Menschen mit ihren Wünschen und Gefühlen, mit ihren Erfahrungen und Handlungsmöglichkeiten“ (ebd., S. 114 f.) aus dem Blickfeld geraten. Für die Erziehungswissenschaft sei die ausschließliche Orientierung an der Soziologie, die häufig auch mit einer Orientierung an einer behavioristisch ausgerichteten Psychologie einhergehe, fatal, da in der „*Analyse von gesellschaftlichen Rollen, Funktionen und objektiven Gegebenheiten [...] kein Raum für pädagogisches Handeln*“ sei. Anstelle von Erziehung tritt Sozialisation, sie wird als passiver Anpassungsprozess an die herrschenden Verhältnisse verstanden. Menschen gelten „als Opfer“ der sozialen Verhältnisse. „Lernen ist eine Verhaltensänderung, die durch behavioristische Methoden manipulativ hergestellt werden kann“. Einer anderen Denkweise ist das therapeutische Deutungsmuster verpflichtet. Schön sieht darin eine Möglichkeit, „die verlorene pädagogische Dimension zurückzugewinnen“ (ebd., S. 115).

Beim Vergleich des therapeutischen und pädagogischen Deutungsmusters anerkennt Schön als Verdienst der therapeutischen Sicht: die Wiederentdeckung des Menschen als fühlendes und handelndes Subjekt, die Betonung des Dialogs von prinzipiell gleichberechtigten Menschen und die Relativierung des Expertenwissens, zumal in der

therapeutischen Auffassung auch lebensweltliches oder erfahrungsgeleitetes „Lernen“ als bedeutsam anerkannt wird (vgl. op. cit., S. 120 ff.). Problematisch hingegen sei der relativ fließend gewordene Übergang zwischen Gesundheit und Krankheit. Irritierende Verhaltensweisen könnten dadurch zunächst zwar besser akzeptiert werden, allerdings seien auch „weitreichende Diagnose- und Stigmatisierungsmöglichkeiten“ damit verbunden. Die Interpretation von Verhaltensauffälligkeiten als Krankheit führe einerseits zur Entlastung von Schuld und persönlicher Beteiligung, andererseits nehme man dem problematischen Verhalten den Stachel, gerade wenn die Probleme in den Kompetenzbereich der Medizin geraten, wie zum Beispiel bei einem Kind mit Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom. Da in solchen Fällen Medikamente und Schonung indiziert seien, werde die Frage nach dem Sinn des Verhaltens und den Problemen, die damit ausgedrückt werden, aufgegeben. Dabei werde auch die Frage an die Beziehungs- und Erziehungsqualität hinfällig (op. cit., S. 121).

Ich möchte die Beispiele zum interdisziplinären Austausch abschließen mit dem Beitrag von *Patrik Bühler*, der die Entstehung der diagnostisch-therapeutischen Funktion der Schule abhandelt und somit das Verhältnis von Medizin, Psychologie, Psychopathologie und Pädagogik in den Blick nimmt. Ohne näher auf Bühlers Beitrag einzugehen – die folgende Aussage bezieht sich indirekt darauf – möchte ich an dieser Stelle festhalten, dass sich *Gesundheit, Bildung und sozioökonomischer Status* wechselseitig beeinflussen. Schule und Pädagogik waren seit Einführung der allgemeinen Schulpflicht geradezu für die Beschäftigung mit psychischer Abnormität prädestiniert. In dieser Zeit entstanden neue Institutionen und alternative Fürsorge- und Bildungsmöglichkeiten zur Förderung schwer erziehbarer und geistig beeinträchtigter Kinder. Ebenso bildeten sich neue Wissenschaftszweige heraus, wie etwa die Kinderheilkunde, die Kinderpsychologie, die Heilpädagogik sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Wie damals zeigen auch heute zahlreiche Monografien, Tagungen und Zeitschriftenbeiträge das Bedürfnis an, sich interdisziplinär und interprofessionell auszutauschen, was wegen der vielen Berührungspunkte und Überschneidungsbereiche im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen auch dringend notwendig ist, wenn die Kommunikation und Kooperation an den Schnittstellen gelingen und den Adressaten dienen soll.

In der Einleitung zu meiner kritischen Auseinandersetzung mit der Darstellung von ADHS (im klinischen Diskurs) will ich nicht verschleiern, dass mein Eindruck war,

pädagogische Überlegungen würden zu wenig gewichtet. Mit dieser Sichtweise bin ich nicht allein.

Vonseiten der Erziehungswissenschaft wurde mehrfach (Ahrbeck & Fickler Stang, 2015; Becker, 2014; Sauerbrey & Winkler, 2011) moniert, zum Thema ADHS existierten kaum erziehungswissenschaftliche Beiträge, ADHS sei für sie ein „relativ unklarer Sachverhalt“ (Sauerbrey & Winkler, 2011).

Umgekehrt thematisiert das Handbuch ADHS, Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, zweite, erweiterte und überarbeitete Ausgabe (Steinhausen, Döpfner, Holtmann, Philipsen & Rothenberger, 2020) nur in zwei der 40 Beiträge psychoedukatives Vorgehen. Das Handbuch fasst das aktuelle klinische Fachwissen zusammen. Eine pädagogische Betrachtungsweise und die in der Pädagogik zur Verfügung stehenden Fördermaßnahmen werden insofern nur am Rand miteinbezogen.

Die Beleuchtung von Entwicklungsprozessen, sie zu fördern und individuelle Lernprozesse im sozialen, emotionalen und kognitiven Bereich einzuleiten könnte und sollte ein wichtiges gemeinsames Thema der Fachrichtungen Medizin, Pädagogik, Psychologie sein; zumal die Frage, was unter Lernen zu verstehen ist, eine differenzierte Antwort verlangt.

In der vorliegenden Dissertation ist Lernen nicht nur das Resultat einer von außen gesteuerten Intervention, deren wichtigstes Ziel eine auf pädagogische Zwecke ausgerichtete Verhaltensänderung ist. Für die Erziehungswissenschaft ist die Klärung der Verhältnisse von Zielen, Zwecken und Mitteln zentral.

Im Zusammenhang mit dem ADHS-Diskurs könnte eine erziehungswissenschaftlich relevante Frage zum Beispiel lauten, warum die Stimulanzientherapie und zunehmende Verordnungen von weiteren Psychotropika (auch bei Minderjährigen) heute eine so breite Akzeptanz erfahren und wie diese Entwicklung legitimiert wird. Wenn eine Erziehungsstrategie aber nicht bloß als *Einwirkung* verstanden werden soll, deren leitende Prinzipien „Unterordnung an eine vorgegebene Ordnung und Anpassung an die gegebenen Verhältnisse“ (Schön, 2002, S. 111f), also „absoluten Gehorsam gegenüber eindeutigen und feststehenden Normen und Werten“ (ebd.) verlangen, dann bieten sich möglicherweise geeignetere Theorien an als ein ADHS-Konzept, das die Erziehungsabsicht impliziert, impulsives Verhalten, motorische Unruhe und die Verbesserung der Konzentration von Lernenden durch Medikamente zu beeinflussen. Wie uns die psychoanalytische Pädagogik

lehrt, ist erziehen ganz ohne Triebunterdrückung nicht möglich. Ihre Empfehlung lautet darum, zwischen den beiden gegensätzlichen Praxen „Gewährenlassen“ und „Versagen“ einen goldenen Mittelweg zu finden. Allerdings gibt es auch *aktuelle Erziehungskonzepte*, auf die rekurriert werden kann. In Bezug auf Hügels Differenzierung von „Autonomiepädagogiken“ und „Kontrollpädagogiken“ (1999) beschreibt z.B. Roland Reichenbach zentrale Aspekte einer Autonomiepädagogik, die „nicht als Techniken der bloßen Verhaltensveränderung oder gar der Manipulation zu verstehen sind“ (Reichenbach, 2017, S. 152). Erziehung wird als *Aufforderung zur sozialen Perspektivenübernahme* verstanden und orientiert sich am Ziel der (moralischen) Autonomie. Im Wesentlichen geht es um drei Praktiken der Gefühlserziehung, denen die psychologischen Verfahren *Imagination*, *Imitation* und *Neubewertung* zugrunde liegen (s.a. Maxwell & Reichenbach, 2007).

Selbstverständlich lässt sich Entwicklung im sozialen, emotionalen und kognitiven Bereich durch den Einsatz von Medikamenten oder Psychotherapie fördern, genauso wie es pädagogische Möglichkeiten dafür gibt. Unter letztere fallen die *Erziehungspraxen* und – auf die Schule bezogen – *strukturelle Aspekte*, wie Klassenführung, Lernarrangements und Haltungen von Lehrpersonen, die zum Lernen motivieren und eine Lernatmosphäre schaffen, die sich durch gegenseitigen Respekt, Wertschätzung und einen freundlichen Umgang auszeichnet.

Diese einleitenden Ausführungen begründen mein Interesse als Erziehungswissenschaftler an inter- und transdisziplinären Diskursen am Schnittpunkt von Psychologie, Psychiatrie und Pädagogik. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit geht es nicht um eine theoretische Abhandlung des Themas ADHS, sondern darum, die im klinischen Fachdiskurs tradierten Aussagen über ADHS mit Studienergebnissen der empirischen klinischen Forschung im deutschsprachigen Raum zu vergleichen, um damit einen Raum für pädagogische Fragestellungen zu öffnen.

1.2 Forschungsgegenstand und Problemstellungen

Der *ADHS-Diskurs* ist einseitig geprägt durch das klinisch-psychologische und psychiatrische Fallverständnis. Die dadurch überwiegende Orientierung an Symptomen sowie die Bezugnahme auf neurobiologische Befunde führen dazu, dass Disziplinprobleme, Erziehungsschwierigkeiten, Bewertungen bezüglich der Befindlichkeit und kognitiven Fähigkeit von Kindern, eigene wie auch institutionell geforderte Zielsetzungen zur

Entwicklung von emotionalen und sozialen Kompetenzen⁴ sowie zur Entfaltung individueller Leistungspotentiale nicht mehr als pädagogische Probleme beschrieben werden. Vielmehr werden die auch mit Beziehungsproblemen, sozialen Notlagen und gesellschaftlichen Entwicklungen zusammenhängenden Verhaltensauffälligkeiten und Interaktionsstörungen vorzugsweise aus der medizinischen Perspektive über psychiatrische Diagnosen abgehandelt. Die klinische⁵ Diagnostik bestimmt nicht nur über die Finanzierung und Indikation eines therapeutischen Behandlungsverfahrens, sondern sie bildet häufig eine Voraussetzung für die Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen in der Jugendhilfe und ist im Bereich des Schulwesens, beispielsweise bei der Abklärung des individuellen Förderbedarfs, nicht mehr wegzudenken.

Durch die weitverbreitete *Akzeptanz* klinischer Störungskonzeptionen und den prioritären Bezug auf sie werden nicht nur schwerwiegende psychische Störungen mit entsprechend auffälligem Verhalten im Kompetenzbereich von Psychologen und Psychiatern

⁴ Nach Stangl existiert kein wissenschaftlich valider Kompetenzbegriff. Kompetenz sei ein schwammiges Konstrukt, das entsprechend der jeweiligen Operationalisierung Unterschiedliches bedeute. Stangl, W. (2019). Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Stichwort: '*Kompetenz*'. Zuletzt abgerufen am 08. März 2020 von <https://lexikon.stangl.eu/7006/kompetenz/>

In der vorliegenden Arbeit werden emotionale und soziale Kompetenzen allgemein als Fähigkeiten (Talent, Potenzial, Begabung) und Fertigkeiten (Wissen, Erfahrung, Initiative) verstanden. Während Fähigkeiten genetisch disponiert und weniger variabel sind, können Fertigkeiten erlernt und durch Übung verbessert werden. Emotionale und soziale Kompetenzen zu kultivieren gilt als wichtige Entwicklungsaufgabe der Vorschul- und Schulzeit; durch sie werden Anpassungsleistungen gefördert und Integrationsbestrebungen erleichtert (vgl. Mayer, Heim, Peter & Scheithauer, 2016): Papilio (gemeinnützige GmbH). Abgerufen am 17. März 2020 von <https://www.papilio.de/sozial-emotionale-kompetenz.html>

Angebote zur Förderung und Evaluierung sozialer und emotionaler Kompetenzen sind auch in der Schweiz verbreitet. Exemplarisch ist ein Lehrmittel, welches im Rahmen des Programms zur Förderung alternativer Denkstrategien (PFADE) für das Kindergarten- und der Primarschulalter entwickelt wurde. Allgemeine und weiterführende Informationen dazu, finden sich auf der Homepage der Stadt Zürich: Zuletzt abgerufen am 04. März 2020 von <https://www.stadt-zuerich.ch/schulen/de/dachslernstrasse/unterricht/pfade.html>

Für den Einsatz in sozialpädagogischen Einrichtungen wurde das ergebnisorientierte Qualitätssicherungsinstrument EQUALS entwickelt. Anhand dieses Instruments lässt sich die Entwicklung von emotionalen und sozialen Kompetenzen bei Kindern und Jugendlichen im Verlauf ihres Aufenthalts in einer Institution (im Selbst- und Fremdurteil) abbilden. INTEGRAS. Fachverband Sozial- und Sonderpädagogik: Zuletzt abgerufen am 04. März 2020 von https://www.integras.ch/images/_pdf/themenmenu/sozial_sonderpaedagogik/sozialpaedagogik/2011Equals_Flyer_de.pdf

⁵ In der psychotherapeutischen Praxis verfügen sowohl klinische Psychologen als auch Psychiater über diagnostische Kompetenzen. Der Terminus „klinisch“ impliziert beide Fachbereiche.

verortet, sondern ohne Hinterfragung vermehrt auch allgemeine Krisen, welche die Bewältigungsversuche von Entwicklungsaufgaben oder prekären sozialen Verhältnissen als Begleiterscheinung mit sich bringen können. Kritische Stimmen zum verbreiteten psychiatrischen Verständnis der ADHS kommen indessen zunehmend aus den eigenen Reihen. So diskutieren etwa von Aster, von Aster und von Aster (2014) die Fragen, ob die im Fachbereich Psychiatrie dargelegten und vertretenen Grundüberzeugungen zur ADHS ausreichend wissenschaftlich begründet sind und wie sie sich auf die therapeutische und pädagogische Praxis auswirken. Wichtige Kritikpunkte zum aktuellsten Eckpunktepapier des Zentralen ADHS-Netzes, welches das offizielle klinische Störungskonzept der ADHS darlegt und gleichzeitig die Rahmenbedingungen für die Versorgung von betroffenen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen festsetzt, bringen der Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (bkj) sowie die Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlicher-Psychotherapeuten (VAKJP), jeder für sich in einer Stellungnahme⁶ dazu vor.

Mit Auffälligkeiten in der Enge oder Weite der Aufmerksamkeitszuwendung und der Konzentration von Lernenden sowie der manchmal, aber nicht immer damit kovariierende Unruhe und Impulsivität beschäftigten sich seit spätestens Ende der 50er Jahre des 19. Jahrhunderts zunehmend Neurologen, Psychologen und Psychiater. Das konfliktreiche Thema wird seitdem kontrovers diskutiert, nicht nur in der Fachwelt. Das klinische Störungskonzept, das aktuell mit den Termini⁷ „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung“ (ADHS) oder „Hyperkinetische Störung“ (HKS) umrissen wird, erscheint

⁶ Zentrales ADHS-Netz. Abgerufen am 12. Juni 2019 von https://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/redakteure/zentrales_adhs-netz/%C3%9Cber_das_Netz/T%C3%A4tigkeit/Eckpunktepapier_2016/bkj_Stellungnahme_Eckpunkte.pdf sowie https://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/redakteure/zentrales_adhs-netz/%C3%9Cber_das_Netz/T%C3%A4tigkeit/Eckpunktepapier_2016/VAKJP_Stellungname_Eckpunkte.pdf

⁷ Entsprechend der beiden verbreiteten Klassifikationssysteme ICD und DSM existieren unterschiedliche Termini. In beiden Klassifikationssystemen werden unter den jeweils benutzten Oberbegriffen, ADHS oder HKS, verschiedene Erscheinungsformen oder Subtypen dieser psychischen Störung beschrieben. In der vorliegenden Arbeit werden beide Termini verwendet, wobei die zwei Akronyme ADHS und HKS für den kombinierten Subtypen der Störung stehen, welcher Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität berücksichtigt.

Am 18. Juni 2018 stellte die WHO in Genf offiziell das aktuelle ICD 11 vor. In Anlehnung an das DSM wurde der Terminus *Hyperkinetische Störung* zugunsten der Bezeichnung *ADHS* aufgegeben.

regelmäßig auch in den Medien. Im Hinblick auf die Relevanz der ADHS im interdisziplinären Disput, in der schulischen und in der therapeutischen Praxis als auch in der Öffentlichkeit, sollte sich speziell die Erziehungswissenschaft⁸ einer Stellungnahme nicht entziehen, umso mehr als das Thema im wissenschaftlichen wie im öffentlichen Diskurs regelmäßig für Verwirrung und Verunsicherung sorgt. Der deutsche Fachverband für Erziehungs- und Familienberatung, der sich Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) nennt, hat seine Position⁹ zur Arbeit mit aufmerksamkeitsbeeinträchtigten Kindern und deren Familien exemplarisch vertreten. Dabei wurde im Wesentlichen auf Unterstützungsmöglichkeiten und Lösungsansätze der Jugendhilfe, die als Kooperationspartner des Gesundheits- und des Schulsystems verstanden wird, hingewiesen und damit einhergehend dem im Gesundheitssystem zur Erklärung der ADHS priorisierten Krankheitsmodell andere Erklärungsmodelle und sich daraus ergebende Interventionspläne gegenübergestellt.

Im Folgenden sind die wiederholt zu Kontroversen führenden zentralen Aspekte des ADHS-Diskurses komprimiert zusammengestellt. Vor dem Hintergrund dieses Überblicks soll einerseits deutlich werden, wieso es verwunderlich ist, dass die Erziehungswissenschaft, die sich genuin mit Prozessen des Aufwachsens und der durch Interaktion

⁸ Sauerbrey und Winkler (2011, S. 10f.) stellen fest, dass zum Thema ADHS kaum erziehungswissenschaftliche Beiträge vorhanden sind. Zunehmend würden Eltern und Lehrer danach fragen, wie sie mit davon betroffenen Kindern- und Jugendlichen umgehen sollen; vor allem Lehrkräfte würden regelrecht nach Fortbildungen drängen. ADHS sei „bis heute für die Erziehungswissenschaft ein relativ unklarer Sachverhalt“. In einem von 2013 bis 2016 durchgeführten Forschungsprojekt zur Förderung von hyperaktiven, impulsiven und unaufmerksamen Kindern im Grundschulunterricht entwickelten Sara Benini, Jennifer C. Freulin und Markus P. Neuenschwander den sogenannten Fokus-Ansatz, der als Weiterbildungsangebot für Lehrpersonen konzipiert ist. Der nachfolgende Link führt zum Projektbeschreibung mit weiteren Literaturangaben: Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung (SKBF). Abgerufen am 12. Juni 2019 von <http://www.skbf-csre.ch/pdf/17101.pdf>

Die Seltenheit genuin erziehungswissenschaftlicher Beiträge zur ADHS werden im Übrigen von Becker (2014) in ihrer Habilitationsschrift sowie von Ahrbeck und Fickler-Stang (2015) in einer kritischen Übersichtsarbeit zur jüngeren Inklusionsdebatte konstatiert.

⁹ Zentrales ADHS-Netz. Abgerufen am 12. Juni 2019 von https://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/re-dakteure/zentrales_adhs-netz/%C3%9Cber_das_Netz/T%C3%A4tigkeit/Eckpunktepapier_2016/bke_Stellungnahme_Gesamt.pdf

stattfindenden Entwicklung von *Individuation und Sozialisation*¹⁰ beschäftigt, die Diagnose ADHS bisher meistens kritiklos als Entität betrachtet. Andererseits soll der Überblick der Streitgegenstände plausibilisieren, dass die Auseinandersetzung mit ADHS besonders auch für die erziehungswissenschaftliche Forschung relevante Fragestellungen impliziert.

Die Brisanz der ADHS liegt zunächst in der *Häufigkeit der Diagnosestellung*. Sie wird in den meisten Publikationen durch die sogenannte Prävalenz oder Prävalenzrate, die der Gesamtzahl der Erkrankten einer untersuchten Population zum Untersuchungszeitpunkt entspricht, abgebildet. In einer jüngeren Übersichtsarbeit von Steinhausen, Döpfner und Schubert (2016) werden zu den Ergebnissen von Prävalenzstudien auch solche von Inzidenzstudien diskutiert. Während die Prävalenzrate sozusagen eine Momentaufnahme präsentiert, widerspiegelt die Inzidenzrate die Häufigkeit von Neuerkrankungen in einem definierten Zeitraum. Die Herausgeber des Handbuchs ADHS erkennen in der hyperkinetischen Störung im Hinblick auf die weltweit ermittelten Prävalenzraten¹¹ „eines der

¹⁰ Der Sozialisationsbegriff wird in der vorliegenden Arbeit weit gefasst. In Anlehnung an Hurrelmann und Bauer (2018, S. 18) sind darunter Individuations- und Integrationsprozesse im Spannungsfeld von inneren und äußeren Bedingungen zu verstehen. Sozialisation erfolgt danach „als selbsttätige und selbstorganisierte Aneignung von kulturell und sozial vermittelten Umweltangeboten“.

¹¹ Eine im klinischen Diskurs diesbezüglich vielzitierte Quelle ist die Metaanalyse von Polanczyk, De Lima, Horta, Biederman und Rohde (2007), die auf der Grundlage von 102 Studien für das Kindes- und Jugendalter eine weltweite mittlere Prävalenz von 5,3 % ermittelten (z.B. Fegert, Eggers & Resch, 2012, S. 891; Steinhausen, 2016, S. 138). Die Prävalenzrate für Erwachsene beziffern Steinhausen, Rothenberger und Döpfner, 2010, S. 9) mit etwa 4 %. Für deutsche Kinder und Jugendliche ergeben Daten, die im Rahmen der KiGGS-Studie durch Elternbefragungen erhoben wurden, eine 4,8 % Rate, während in einer älteren Schweizer Studie aus dem Jahre 1998 für den Kanton Zürich eine Prävalenz von 5,25 % (vgl. Steinhausen, Metzke, Meier, & Kannenberg, 1998) errechnet wurde. In einer aktuelleren nationalen Studie, die ADHS bei einer Stichprobe von 5656 Schweizer Rekruten im Durchschnittsalter von 20 Jahren untersuchte, wurde eine Prävalenzrate von 4 % ermittelt (Estévez, Eich-Höchli, Dey, Gmel, Studer & Mohler-Kuo, 2014). Allerdings variieren die Angaben zur Prävalenz bei den multiplexen Studien zur ADHS zum Teil wesentlich mehr, als die angeführten Beispiele dies vermuten lassen. In Fachbüchern der Kinder- und Jugendpsychiatrie finden sich Angaben zur Spannweite der Prävalenzraten für ADHS zwischen 1% und 9%, wobei sich diese Variabilität etwa durch unterschiedliche Erhebungsmethoden (Fragebogen, Interview), die verwendete diagnostische Klassifikation (DSM, ICD), Populationsspezifika (Alter, Geschlecht, Stichprobenumfang) und Informationsquellen (Selbst- und/oder Fremdbeurteilung) erklären lässt (Fegert et al., 2012, S. 891; Remschmidt & Becker, 2011, S. 158; Steinhausen et al., 2010, S. 31).

häufigsten seelischen Gesundheitsprobleme unserer Zeit“ (Steinhausen, Rothenberger, & Döpfner, 2010, S. 9). Die Verfasserin des Grundlagenwerks „Lehrbuch ADHS“, mittlerweile in der zweiten Auflage erschienen, erwähnt im Vorwort, auf Deutschlands Nachwuchs bezogen, eine Prävalenzrate von 4,8%. Auch für sie ist ADHS eine „der häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter“ (Gawrilow, 2016, S. 13).

Die Anwendung der Diagnose ADHS sorgt immer wieder für hitzige Debatten, in denen die Sorgfalt bei der Abklärung infrage gestellt und die Skepsis geäußert wird, ob die Diagnose in Bedeutung und Umfang nicht überschätzt werde. Darüber hinaus seien im Hinblick auf zeitliche Trends die Effekte veränderter externer *Anreize für eine ADHS-Diagnosekodierung*, etwa zur Entlastung von Eltern, als Abrechnungsmöglichkeit der Beratung oder zur Legitimation von schulischer Förderung, sowie die verstärkte Aufmerksamkeit von Eltern, Lehrern und Ärzten „nicht auszuschließen, zumal es sich um eine Störung mit fließenden Übergängen von nicht behandlungsbedürftig zu therapiebedürftig“ (Steinhausen et al., 2016, S. 275) handle.

Mit der Verbreitung der Diagnose ADHS ging über Jahrzehnte ein *deutlicher Anstieg¹² der Verordnung von Psychostimulanzien* einher. Neben der Kritik einer zunehmenden

¹² Gemäß den Angaben im deutschen Arzneiverordnungs-Report von 2011 erhöhte sich die Verschreibungsrate der Tagesdosen von Methylphenidat im Zeitraum von 1991 bis heute um den Faktor 14 (vgl. Schmid & Di Bella, 2012, S. 282). Seit ca. 25 Jahren wird im Arzneiverordnungs-Report die Entwicklung der Verordnungsmengen an Methylphenidat und Stimulanzien dargestellt (vgl. Steinhausen, Döpfner & Schubert, 2016, S. 280). 2012 war in Deutschland, nachdem in den vergangenen 20 Jahren der Verbrauch von Methylphenidat kontinuierlich zugenommen hatte, ein Höchststand erreicht. Im Jahr 2013 ließ sich erstmals nach 20 Jahren ein leichter Rückgang beobachten, ein Trend, der auch im Jahr 2014 noch anhielt. Vgl. Pressemitteilung (7/15) des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte. Abgerufen am 31. August 2017 von <http://www.bfarm.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/mitteil2015/pm7-2015.html>
Siehe auch Barmer GEK Arztreport 2013 zum Schwerpunktthema ADHS. Zuletzt abgerufen am 19. Januar 2020 von <https://www.barmer.de/blob/37498/b9048801692f51c000ca13857d8d8a5a/data/pdf-arztreport-2013.pdf>

Die jüngsten Daten des Barmer GEK Arztreport 2016 bilden die bundesweite Verteilung der Diagnose ADHS im Vergleich der Jahre 2011 und 2014 ab. Laut Heiko Borchers, Vorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein, erklären sich die auffallenden regionalen Unterschiede hauptsächlich durch soziale Aspekte wie den Bildungsstand und den sozialen Status. Zuletzt abgerufen am 19. Januar 2020 von <https://www.barmer.de/presse/bundeslaender-aktuell/schleswig-holstein/standortinfo/aktuelle-ausgabe/arztreport-adhs-79768>

Anwendung der Psychopharmakotherapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen wird problematisiert, dass die therapeutische Indikation nicht immer eindeutig geklärt ist. In der „Enhancement-Debatte“ beispielsweise, in der die Frage aufgeworfen wird, ob Schulschwierigkeiten durch die konzentrationsfördernde und leistungssteigernde Wirkung der beiden Arzneimittel Methylphenidat und Atomoxetin¹³ angegangen werden sollen¹⁴ (vgl. Walcher-Andris, 2006, S. 32), stoßen kontroverse Meinungen aufeinander. In

Für die Schweiz gibt es derzeit für die Verschreibungshäufigkeit der unter das Betäubungsmittelgesetz fallenden Stimulanzien zur Behandlung von ADHS keine zuverlässigen Daten. Vgl. Straumann, F. (1. Juli 2015). Mehr Ritalin als angenommen. Berichte des Bundes und des Kantons Zürich schätzen die Mengen an verschriebenen Psychostimulanzien wohl zu tief. Tagesanzeiger. Zuletzt abgerufen am 12. Juni 2019 von <https://www.tagesanzeiger.ch/wissen/medizin-und-psychologie/Mehr-Ritalin-als-angenommen/story/24427357>. Siehe auch: Lüthi, T. (15. März 2016). Ritalin als letzte Option. ADHS sollte man zuerst mit einer Verhaltenstherapie angehen – und nicht mit Psychostimulanzien. *Neue Zürcher Zeitung am Sonntag*. Zuletzt abgerufen am 12. Juni 2019 von <https://www.nzz.ch/nzzas/nzz-am-sonntag/paediatric-ritalin-als-letzte-option-ld.7715>.

2013 lehnte der Bundesrat eine Motion zur verbindlichen Erfassung der Verschreibung von Stimulanzien zur Behandlung von Kindern mit ADHS ab. Die Bundesversammlung – Das Schweizer Parlament. Motion zur Ritalin-Abgabe. Zuletzt abgerufen am 09. Dezember 2019 von <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20133536>

¹³ Im Gegensatz zu Methylphenidat ist Atomoxetin kein Amphetaminderivat, wirkt also nicht stimulierend und euphorisierend und wird deshalb nicht der Kategorie der Betäubungsmittel zugerechnet. Vgl. Pharma-Wiki. Stichwort ‚Atomoxetin‘. Abgerufen am 27. August 2017 von <http://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Atomoxetin>

¹⁴ In den USA werde das Problem des „Neuro-Enhancement“ im Zusammenhang mit Leistungssteigerung in der Schule wahrgenommen und anerkannt. So berichte Hyman (2002), dass es in gehobenen Gesellschaftsschichten eine gesteigerte Nachfrage nach Methylphenidat mit dem Ziel gebe, die Schulleistungen der Kinder zu verbessern (vgl. Walcher-Andris, 2006, S. 32).

Mittlerweile wird das Thema auch in der Schweiz diskutiert. In den Medien sind Nachrichten von Studierenden und Schülern, die sich durch sogenannte „smart drugs“ oder „Hirndoping“ einen Leistungsvorteil erhoffen, längst keine Seltenheit mehr. Im Hinblick auf das Bildungssystem betrifft die Neuro-Enhancement-Debatte bereichsübergreifend die Primarstufe, die beiden Sekundarstufen bis hin zur Tertiärstufe. Das wird vereinzelt in Weiterbildungen oder Vorträgen thematisiert. So etwa an der ZHAW. Vgl. Kahlen, A. (22. November 2016). Abgerufen am 12. Juni 2019 von <https://blog.zhaw.ch/diversity/beratungsdienste-klaren-auf-und-warnen-vor-medizinisch-unbegrundeter-einnahme-leistungssteigernder-mittel/>

Im Internet finden sich zahlreiche Artikel. Der interessierten Leserschaft empfehle ich zur Übersicht jenen von Loacker, S., Signorell, G. und Stauber, M. (19. August 2015). Ritalin. Irrglaube Hirndoping. *Beobachter*. Abgerufen am 12. Juni 2019 von <https://www.beobachter.ch/gesundheit/medizin-krankheit/ritalin->

seinem einschlägigen Beitrag diskutiert Fellner (2013) die Frage, ob die Psychopharmakotherapie zur Überwindung von Schulschwierigkeiten nicht in die Nähe von Doping rücke. Er zeigt auf, wie Probleme, die mit gesellschaftlichen Entwicklungen, etwa der zunehmenden *Ungleichverteilung von Ressourcen* zusammenhängen, individualisiert und dem größeren Kontext entzogen werden. Fellner geht speziell den institutionellen Zusammenhängen von Schule, Jugendhilfe und Gesundheitssystem nach und legt dar, dass eine „Klinifizierung von Schulproblemen“ nicht wünschenswert sei, diskurstheoretisch betrachtet und aus institutionellen Gründen jedoch notwendig¹⁵, „um im Rahmen der gegenwärtigen gesellschaftlichen Verhältnisse die Rechte betroffener Kinder auf Chancengleichheit gewährleisten zu können“ (ebd., S. 72). In einem diskurstheoretischen Verständnis bedeute dies, dass es angebracht sei, das Störungsbild ADHS als eine Konstruktion zu verstehen, „die Kinder mit Schulschwierigkeiten vor dem Zugriff der gesellschaftlichen Herrschaftsverhältnisse schützt und gleichermaßen in diese über einen Normalisierungsdiskurs einbaut“ (ebd., S. 73). In diesem Sinne weist er „entgegen der

[irrglaube-hirndoping](#), jenen von Albrecht, H. (27. August 2015). Hirndoping. Hirn auf Hochtouren. *Zeit online*. Abgerufen am 12. Juni 2019 von <https://www.zeit.de/2015/35/hirndoping-neuro-enhancer-medikament-konzentration> sowie denjenigen von Schreiner, P. (14. Januar 2016). Konkurrenzvorteile durch Hirndoping. *Die Freiheitsliebe*. Abgerufen am 12. Juni 2019 von <https://diefreiheitsliebe.de/gesellschaft/konkurrenzvorteile-durch-hirndoping/>

Eindrücklich berichtet sodann Hans Hopf über einen Fall eines ihm anvertrauten 17-jährigen Jugendlichen: „Er bekam seit Jahren Methylphenidat, weil sich damit seine Aufmerksamkeit im Gymnasium verbessert hatte. Zunehmend entwickelten sich jedoch massive depressive Symptome, Ängste und Schlafstörungen. Ihr Entstehen wurde auf die Nebenwirkungen der Medikamentengabe zurückgeführt. Man müsse aber an der Medikation festhalten, bis der Jugendliche sein Abitur abgelegt habe, weil er sich ohne das Medikament nicht ausreichend konzentrieren könne“. Unklar sei, „ob es sich hier noch um Medikation oder bereits um Doping handelt“. Hopf merkt weiter an, dass die Aufmerksamkeit von Schülern bisher immer ein Arbeitsfeld der Pädagogik war und seit Freud auch eine Domäne der Psychoanalyse. Die unsägliche ADHS-Debatte würde nicht zuletzt zeigen, dass sich die Psychoanalyse ebenso wie die Erziehungswissenschaft im Zuge dieser Debatte „in vielen Bereichen von einer seelenlosen Medizin regelrecht entmündigen lassen [habe]“ (Hopf, 2012, S. 53f.).

¹⁵ Fellner (2013, S. 61) bedenkt ebenso, dass „die mit der ADHS-Diagnose verbundene Klinifizierung kindlicher Erlebens- und Verhaltensweisen [...] [einer] gesellschaftlichen Verengung von Normalitätsspielräumen folgt“ und zugleich als Normalisierungsfalle wirkt, andererseits eben auch auf die Gewährleistung von Chancengleichheit zielt, weil durch die Klinifizierung beispielsweise schulische Selektionsmechanismen (zum Teil) blockiert werden würden.

Medikalisierung kindlicher und jugendlicher Erlebensweisen auch auf die Notwendigkeit eines verbesserten, entwicklungsförderlichen Schulsystems [hin]“ (ebd.).

Ein weiterer Streitpunkt im akademischen ADHS-Diskurs dreht sich um „*die Frage nach der Validität der psychiatrischen Diagnostik*“ (Golse, 2012, S. 60). Hierzu gehört die Meinungsverschiedenheit in Bezug auf die Ätiologie respektive Pathogenese der Störung. Im klinischen Mainstream besteht der Konsens, dass biologische beziehungsweise genetische Faktoren den größten Anteil bei der Entstehung von ADHS bilden. Auf Basis dieser Grundannahme werden hypothetisch Störungen von neuronalen Netzwerken, die als biochemische, anatomische und physiologische Anomalien zu verstehen sind, abgeleitet und die mit einer ADHS assoziierten Funktionsdefizite durch sie erklärt (z.B. Fegert, Eggers & Resch, 2012; Steinhausen, 2016). Dieser Auffassung setzen etwa psychodynamisch argumentierende Fachgrößen entgegen, dass bisher kein spezifischer neurobiologischer Marker gefunden werden konnte, der „eine Kausaldiagnose statt einer Symptomdiagnose erlauben würde“ (Haubl, 2012, S. 25). Somit basiere die Diagnose ADHS auf Symptomerhebung und Verhaltensbeobachtung. Das bedeutet, sie wird durch die klinische Erfahrung und einen Konsens verschiedener Fachleute des jeweiligen Bereichs gestützt (vgl. Golse, 2012, S. 60). Bernhard Golse ist Universitätsprofessor, selbst praktizierender Psychiater und Abteilungsleiter in einem französischen Kinderspital. Er konstatiert, dass „eine hohe Reproduzierbarkeit unter Anwendung eines Ensembles von Kriterien verschiedener Beobachter sowie der Konsens einer Expertengruppe“ für die Verifizierung keinesfalls ausreichend sei und führt diesen Standpunkt folgendermaßen aus:

Dieser Konsensus hat nichts Absolutes und seine Übersetzung in Kriterien, Maßstäbe und andere diagnostische Instrumente kann sich mitnichten mit einem wissenschaftlichen Maß gleichstellen. Es handelt sich lediglich um Werkzeuge, die die Übereinstimmung im Urteil verschiedener Untersucher gegenüber demselben Patienten favorisieren. Das ist nicht uninteressant für die Forschung, aber nicht ausreichend, um die Validität eines klinischen Konzepts zu belegen (ebd.).

Weitere Bedenken, die im Zusammenhang mit der Diagnose und der Behandlung von ADHS wiederholt geäußert werden, drehen sich um *berufspolitische und finanzielle Interessen*. Sie spielen offenbar, infolge von Reformationsbestrebungen und Restrukturierungsprozessen der institutionalisierten Organisationen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystems, eine zunehmend folgenschwerere Rolle. Dabei erscheint das

Engagement für die Interessen der eigenen Referenzgruppe inklusive der verstärkten monetären Orientierung vor dem Hintergrund des allgemeinen Prinzips der Selbsterhaltung¹⁶, selbst unter Berücksichtigung der negativen Folgen¹⁷ solcher Motive, zunächst einmal nachvollziehbar. Sinngemäß stellen die Verfasser des sozialpsychiatrischen Standardwerks „Irren ist menschlich“ fest, dass es nicht nur beim Abbau des Sozialstaates bleiben wird, sondern im Rahmen einer entscheidenden Ökonomisierung des sozialen Bereichs die öffentlichen und gemeinnützigen Träger psychiatrischer Institutionen „ihr Eigeninteresse am Erhalt und an der Ausweitung psychiatrischer Institutionen geltend machen“ [werden] (Dörner, Plog, Teller, & Wendt, 2012, S. 15). In dieselbe Richtung geht die Interpretation von Peter Ellesat, welche die klinische Priorisierung von genetischen oder biologischen Faktoren in Bezug auf die Ätiologie von ADHS und daraus hervorgehende Argumente für medikamentöse, aber auch verhaltenstherapeutische Therapieverfahren, nicht nur als eine Folge von finanziellen Anreizen, sondern auch als einen „Kampf um die Definitionsmacht unter Berufsgruppen“ versteht (Ellesat, 2012, S. 75). Folgt man dieser Interpretation, liegt die Vermutung nahe, dass die von einer Disziplin erlangte *Deutungshoheit* ihr nicht nur die Gelegenheit verschafft, das eigene theoriegestützte Interventionsrepertoire zu präsentieren, sondern sie gleichzeitig den Anspruch erheben darf, das angemessene Behandlungsverfahren anbieten zu können. Dieses Thema beinhaltet weiteren Konfliktstoff, der insbesondere mit der *Definitionsmacht* zusammenhängenden Effekte beleuchtet.

¹⁶ Das im öffentlichen Gesundheitssystem verankerte psychiatrische Dienstleistungsangebot wurde grundsätzlich gemeinnützig konstituiert. Zunehmende Privatisierungsbestrebungen scheinen nun das Solidaritätsprinzip des Sozialstaates zu unterminieren. In diesem Zusammenhang wird eine Prioritätenverschiebung befürchtet, die wirtschaftlichen Interessen eine wichtigere Stellung einräumt. Neben dem zentralen Auftrag, psychiatrische Leistungen zu erbringen, wird es offenbar immer wichtiger Erträge zu sichern.

¹⁷ In der jüngeren Diskussion um das reformierte Finanzierungssystem der Schweizer Spitäler werden etwa die neuen Fallpauschalen kritisiert, da sie Anreize für unnötige häufige Operationen schaffen würden. Ein vorrangig finanzielles Interesse eines Dienstleistungsanbieters des öffentlichen Gesundheitssystems wirkt in einem solidargemeinschaftlichen Sinne irritierend.

Zur Kritik der Fallpauschalen siehe Gasche, U. (7. Juni 2016). Spitäler. Fallpauschalen mit Nebenwirkungen. *Beobachter*. Abgerufen am 12. Juni 2019 von https://www.beobachter.ch/leben-gesundheit/medizin-krankheit/artikel/spitaeler_fallpauschalen-mit-nebenwirkungen

Im ausgehenden 19. Jahrhundert tritt abweichendes (ADHS-ähnliches) Verhalten¹⁸ zuerst als originärer Gegenstand von schulpädagogischen Diskursen auf (s. Kap. 5). Zirka 80 Jahre später umfasst der klinische Diskurs vergleichbare Verhaltensauffälligkeiten unter dem Akronym ADHS und die medizinische Disziplin der Psychiatrie übernimmt die Führung ihrer Erforschung. Seitdem dominiert *das medizinische Paradigma* neben der ADHS-Forschung bis heute auch die Versorgung der Betroffenen (vgl. Sauerbrey & Freytag, 2009, S. 209; Sauerbrey & Winkler, 2011, S. 19). Das ist nicht unproblematisch, was die Enhancement-Debatte exemplarisch zeigt. Horstmann (2011) vertritt die Meinung, in der Kontroverse um ADHS ziele „ein nicht unerheblicher Teil der Kritik auf die Frage ab, ob nicht Kinder an Stelle gesellschaftlicher Missstände therapiert werden. Dies geht bis hin zur bewussten Anwendung von Enhancementstrategien zur Kaschierung gesellschaftlicher und sozialer Probleme, ohne die ursächlichen Schwierigkeiten anzugehen“ (S.112). Walcher-Andris (2006, S. 32) weist in Bezug auf diese Thematik darauf hin, dass ADHS-ähnliche Symptome beispielsweise durch Über- oder Unterforderung in der Schule hervorgerufen werden können. Weil die Frage der adäquaten Anforderungen „primär jedoch keine medizinische, sondern eine pädagogische [sei]“, könnte die Verordnung von Methylphenidat in diesen Fällen als Medikalisierung von pädagogischen oder gesellschaftlichen Problemen aufgefasst werden. Interessant ist auch Sauerbrey (2011, S. 59f.) einschlägige Frage, „ob die zunehmende Medikalisierung der von ADHS betroffenen Kinder als häufiges Mittel der Wahl vor anderen Interventionsmöglichkeiten durch eine diagnostische und erziehungsbedingte Unzufriedenheit mit dem schwierigen Verhalten der Kinder durch Ärzte und auch Eltern vorgezogen wird“. Zugespitzt ließe sich fragen, ob Pillen gegen soziale Missstände und Erziehungsprobleme der richtige Weg sind?

¹⁸ Sauerbrey und Winkler (2011, S. 19) weisen darauf hin, dass im pädagogischen Diskurs ADHS bis heute weitgehend als abweichendes Verhalten beschrieben worden sei. Diese Definitionsproblematik fiel auch Fellner (2013, S. 65) auf, er zitiert hierüber Bublitz (2001, S. 249f.): „Warum ist das, was im pädagogisch-psychologischen und sozialkritischen und/oder bildungshumanistischen Diskurs als ‚Verhaltensauffälligkeit‘ konstituiert wird, identisch mit dem, was im medizinisch-psychiatrischen und neurobiologischen Diskurs ‚Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom‘ heißt [...]? Welches sind die Kriterien der Identität und welches die der Differenz [des] Gegenstandes?“

2005 betonte Dr. Dirk Lanzerath¹⁹ an einer Tagung in Hannover zum Thema „Was heißt denn schon normal? Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit und Behinderung in Genetik und Gesellschaft“, dass sich angesichts der immer häufiger angebotenen medizintechnischen Serviceleistungen, wozu auch die Pharmakotherapie zählt, ein Wandel vom „Patienten“ zum „Kunden“ vollziehe. Die Medizin sei ein Teil der Kommunität und als solche freilich gesellschaftlichen Werten, politischen und ökonomischen Kalkülen ausgesetzt. Deswegen sei ihre Ziel- und Prioritätensetzung auch beeinflusst von vielfältigen Wünschen, Fantasien und Geschmäckern. Insofern verwiesen gesellschaftliche und medizinische Ziele aufeinander und müssten gleichermaßen reflektiert werden (vgl. Lanzerath, 2005, S. 31). Horstmann (2011) konstatiert diesbezüglich in ihrer Dissertation, dass den bahnbrechenden Neuerungen der Medizintechnik und deren Weiterentwicklung im wissenschaftlich-praktischen Bereich „eine ungenügende Auseinandersetzung auf der Ebene humanistischer Prinzipien, ethischer Theorien und moralischer Vorstellungen hinterher [hinke]“ (S. 114). Auch sie kommt zum Schluss, dass die Ausweitung der medizinischen Möglichkeiten und die damit einhergehende Entwicklung eines neuen, veränderten Patienten- und Medizinverständnisses „eine Stellungnahme auf gesellschaftlicher Ebene erforderlich [machen]“ (ebd.). In dieselbe Richtung geht die Schlussfolgerung von Fellner (2013, S.68), der angesichts der Frage, „warum im klinischen wie auch im öffentlichen Diskurs trotz der Berechtigung verschiedener Sichtweisen so polarisiert um die Ätiologie, Diagnose und Behandlung der Aufmerksamkeitsstörung gestritten wird“, beipflichtet, dass diese Frage nicht immanent klinisch beantwortet werden kann, sondern eines gesellschaftstheoretischen, sozialwissenschaftlichen und diskurstheoretischen Blickwinkels bedürfe, der letztlich auch die Wahl der Erkenntnismittel selbst zum Gegenstand der Untersuchung mache.

Für die Entwicklung einer *pädagogischen Position* bedeutsam erscheint mir der Hinweis von Dr. Elfriede Walcher-Andris, demzufolge ein verstärkter Einsatz von „Enhancern“ bei Kindern und Jugendlichen die Erziehungs- und Sozialisationssituation grundlegend verändern würde. Für die Wissenschaftlerin wirft die Enhancement-Debatte die Frage nach der Eignung und Akzeptanz der Mittel für Erziehung, Lernen und

¹⁹ Dr. Dirk Lanzerath ist Geschäftsführer des Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften und Mitglied der Ethikkommission der Deutschen Bundesärztekammer. Das Internetportal des Instituts Mensch, Ethik und Wissenschaft stellt den Tagungsbeitrag bereit. Zuletzt abgerufen am 06. März 2020 von <http://www.imew.de/index.php?id=314>

Sozialisation auf. Konkret geht es ihr auch um die Frage, „ob es eine Rolle spielt, auf welche Weise z.B. Scheitern in der Schule abgewendet wird“ (Walcher-Andris, 2006, S. 34).

Sauerbrey und Freytag²⁰ (2009) fordern angesichts der Dominanz des medizinischen Modells, der Priorisierung des neurobiologischen Ansatzes in der Ursachenforschung und der psychiatrischen Diagnostik in der Darstellung von ADHS einen interdisziplinären Diskurs, der Erfahrungen und Erkenntnisse von Fachleuten der Kinder- und Jugendhilfe einbezieht. Es seien „am Tisch der ADHS-Debatten noch zu viele Stühle frei, um eine umfang- und ertragreiche Diskussion zu formieren“ (Sauerbrey & Winkler, 2011, S. 11). In einem einschlägigen Beitrag legt Sauerbrey (2011, S. 62) dar, wie dem ADHS-Diskurs pädagogische Einsichten fehlen und wie es wünschenswert ist, dass die Erziehungswissenschaft helfe, „das Verhalten von Heranwachsenden angemessen zu beurteilen“. Rekurriert werden kann auch auf Fellner (2013, S.63, Fußnote 2), der anlässlich einer im Herbst 2011 von der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung unter dem Titel „Diskurs-ADHS“ organisierten Fachtagung feststellt, „dass die gängigen Positionen des klinischen ADHS-Diskurses ausgewogen dargelegt bzw. reproduziert wurden, jedoch der ADHS-Diskurs selbst (seine Strukturen, Funktionen und gesellschaftlichen Hintergründe) nicht Gegenstand war“.

Diese Ausführungen verdeutlichen am Beispiel von ADHS, dass die Erziehungswissenschaft im akademischen Diskurs zu psychischen Störungen in der Adoleszenz bisher nicht angemessen vertreten ist. Selbst in der „Pädagogik für Verhaltensstörungen“²¹, einer sonder- oder heilpädagogischen Subdisziplin, die sich mit emotionalen und sozialen Störungen befasst, wird die Dominanz von psychologischen Theorien sowie die Absenz von pädagogischen Bezügen und Fragestellungen bedauert. Hillenbrand (2008, S. 229) hält für die „Verhaltensgestörtenpädagogik“ fest, dass diese sich als Teil der Pädagogik verstehen müsse und führt den Appell wie folgt aus: „Wie für die Heilpädagogik insgesamt gilt es, den Forschungsstand und die Diskussionen in der Allgemeinen Pädagogik zur Kenntnis zu nehmen, aufzuarbeiten und sich in die Diskussion einzuschalten“. Dieser

²⁰ Siehe auch: Freytag, C. & Sauerbrey, U. (2009). Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter: AD(H)S im Spannungsfeld von Erziehungswissenschaft und Naturwissenschaften. Herausgegeben von Behnisch und Winkler (2009).

²¹ Die „Verhaltensgestörtenpädagogik“ ist eine junge universitäre Disziplin, deren Wurzeln und Vorläufer eng mit der Geschichte der Sozialpädagogik, derjenigen der Allgemeinen Pädagogik sowie auch mit der Geschichte der Psychiatrie verwoben sind (vgl. Lindmeier, 2010, S. 21).

Weckruf lässt sich mit dem Befund von Sauerbrey und Freytag (2009, S. 209) ergänzen, sie konstatieren hinsichtlich des ADHS-Diskurses, dass sozialpädagogische Sichtweisen weitgehend ignoriert werden.

Das vorliegende Dissertationsprojekt untersucht ADHS aus einer diskursanalytischen Perspektive. Siegfried Jägers Ansatz, die sogenannte *Kritische Diskursanalyse*, bietet den zentralen Orientierungsrahmen. Hiermit wird der Versuch unternommen an dem durch die Psychiatrie dominierten Diskurs zu partizipieren und diesen aus der erarbeiteten erziehungswissenschaftlichen Position heraus zu erweitern.

1.3 Datengrundlage und Fragestellungen

Als Datengrundlage dienen alle *Artikel, die zwischen 1999 und 2017 in der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* zum Thema ADHS beziehungsweise HKS publiziert wurden. Die Zeitschrift ist das offizielle Organ der DGKJP. Als solches ist sie nicht nur eine tragende Säule des Diskurses im deutschsprachigen Raum, sondern auch ein zentraler Teil des Dispositivs, das klinisches Wissen verbreitet und konsolidiert. Dieser Bestand an Fachwissen und seine Anordnung werden systematisch mittels des in der KDA beschriebenen Verfahrens der *Strukturanalyse* aufbereitet. Im Wesentlichen dient die Strukturanalyse dazu, Aussagefelder oder Diskursstränge, damit sind übergeordnete Themenbereiche gemeint, zu separieren. Dadurch werden die Artikel inhaltlich geordnet und der Forschungsgegenstand eingegrenzt auf klinische Forschungsergebnisse von erziehungswissenschaftlicher Bedeutung. Außerdem lässt sich beispielsweise prüfen, ob zwischen häufig rezipierten zentralen Aussagen und der Zahl entsprechender Studien oder Themenschwerpunkte, die die erfassten Zeitschriftartikel zeigen, eine Korrelation besteht. Über die Strukturanalyse werden insofern potenzielle Zusammenhänge zwischen zentralen Aussagen und der konkreten empirischen Forschung sichtbar.

Bezüglich der einleitend skizzierten Kontroversen, die als eine Folge der dominierenden klinischen Theoriebildung oder Wissensproduktion zu verstehen sind, werden *typische Aussagen zum Störungsbild* sowie der dazugehörenden *Störungssymptomatik* präsentiert. Sie bilden, metaphorisch ausgedrückt, als Bausteine das Fundament der theoretischen Grundannahmen, die den klinischen Diskurs untermauern. In diesem Sinne können die Aussagen als Beleg für die disziplinspezifische Konstruktion des Phänomens „ADHS“ betrachtet werden. Über die Aussagen wird das Fachwissen konstituiert.

Als Quellen dienen diesem Arbeitsschritt, dessen Ziel die Rekonstruktion zentraler Aussagen ist, *vier repräsentative Artikel*, von denen der älteste (Laufer, Denhoff & Solomons, 1957; 2011) als Ausgangspunkt des klinischen ADHS-Diskurses betrachtet wird. Der Jüngste (*zentrales adhs-netz*, 2016) präsentiert die Grundannahmen, die dem aktuellen *Forschungsstand* entsprechen. Zwischen den beiden Publikationen liegt eine Zeitspanne von nahezu 60 Jahren. Die zwei anderen Artikel (Nissen, 1974; Romanos & Jans, 2014) dienen als Beispiele für die Rezeption des Fachwissens.

Durch diese Analysesequenz wird geklärt, ob die zentralen Aussagen von damals in unveränderter Form in der aktuellen ADHS-Störungskonzeption noch vorkommen oder ob sie im Diskursverlauf modifiziert oder allenfalls ausgesondert wurden. Die Erkenntnis wird geleitet durch die Fragen: *Auf welchen Grundannahmen oder Kernaussagen basiert das psychologisch-psychiatrische Fallverständnis, respektive die Störungskonzeption im Falle von ADHS? Gibt es im zeitlichen Verlauf Veränderungen in der Störungskonzeption und falls ja, durch welche empirischen Belege werden sie gestützt?*

Zusammenfassend bilden folgende Fragestellungen, die über Struktur- und Feinanalyse zu klären sind, den zentralen Ausgangspunkt der vorliegenden Dissertation:

- *Welches Wissen zum Störungsbild und der dazugehörenden Symptomatik vermitteln zwei am Beginn des Diskurses stehende sowie zwei aktuelle Artikel?*
- *Welche Forschungsergebnisse zu ADHS sind erziehungswissenschaftlich bedeutsam?*
- *Auf welche Art (z.B. Rhetorik, Dispositive, Argumentation, Kollektivsymbolik) wird dieses verbreitete Wissen jeweils fundiert (Referenzbezüge, Studien/Datenlage)?*
- *Verändern sich die Aussagen im Diskursverlauf? Wie ist dies gegebenenfalls zu erklären?*

Entsprechend dem für diese Untersuchung gewählten diskursanalytischen Forschungsdesign interessieren außerdem Fragen, die dem klinischen ADHS-Diskurs im Kontext von historischen, sozialen und gesellschaftspolitischen Einflüssen nachspüren. Hierüber werden die Wechselwirkungen zwischen den Diskursebenen²² „Wissenschaft“, „Politik“, „Medien“, „Alltag“ und „Erziehung“ beleuchtet, als auch wichtige historische Ereignisse

²² Unter Diskursebenen sind mit Bezug auf Jäger (2012, S. 84) die sozialen Orte zu verstehen, von denen aus kommuniziert wird. Die Ebenen wirken wechselseitig aufeinander ein, durchdringen sich gegenseitig.

diskutiert, die dem Diskurs Auftrieb gegeben haben. Exemplarisch führte dies Matthew Smith, britischer Universitätsdozent für Sozialgeschichte und Gesundheitsvorsorge, in seiner bemerkenswerten Studie zur Geschichte der Hyperaktivitätsstörung bereits durch. Smith (2012) untersuchte das *Ineinandergreifen von historischen und sozialpolitischen Ereignissen*, indem er die Fragen beantwortet, wieso die HKS gerade in den USA zur Zeit des Kalten Krieges so brisant diskutiert wurde und wie das mit dem maroden Schulsystem der Nachkriegszeit sowie der Entwicklung der modernen Psychiatrie zusammenhängt. Smiths Analyse zeigt weiter auf, wie historische Ereignisse *kollektive Wirklichkeitsvorstellungen* prägen und Ideen hervorbringen, auf welche die Politik oder andere staatliche und private Institutionen reagieren²³, entweder im Interesse der Allgemeinheit oder aus Eigeninteresse.

Die kurze Darstellung der wichtigsten Ergebnisse der Studie von Smith sensibilisiert den Blick für Parallelen zu aktuellen Ereignissen, die den ADHS-Diskurs vorantreiben und ihm weiterhin Bedeutsamkeit verleihen (siehe Kapitel 5, S. 78-99).

Dieser Teil der vorliegenden Dissertation wird durch folgende Fragen geleitet:

- *Welche historischen, kulturellen und sozialpolitischen Zusammenhänge zeigt Smith (2012) in seiner Studie als treibende Kräfte für den beginnenden ADHS-Diskurs auf?*
- *Zeichnen sich Parallelen zum aktuellen Diskurs ab und falls ja, wie sehen diese aus?*

²³ Aufgrund der von einflussreichen Menschen geteilten Vorstellung, dass die Nationale Sicherheit durch die Hyperaktivitätsstörung gefährdet sei, weil sie die Bildsamkeit bei einem Teil der nachfolgenden Generationen verhindere, stellten Politiker die finanziellen und personellen Mittel für das Gesundheits- und Bildungswesen bereit, um ihren Befürchtungen entgegenzuwirken. Die Pharmaindustrie und die Wissenschaft steuerten ihren Anteil dazu bei, indem sie ihre Forschungsbemühungen darauf ausrichteten, die mit der Hyperaktivitätsstörung assoziierten Probleme zu erklären und Behandlungsmaßnahmen dafür zu finden. Eingehender behandelt werden diese Themen in Kapitel fünf („Die Geschichte der ADHS in der klinischen Fachliteratur“).

2. Methode, Theoriebezug und Forschungsprozess

2.1 Kritische Diskursanalyse nach Siegfried Jäger

Die Strukturierung und Analyse der im vorliegenden Dissertationsprojekt einbezogenen Artikel orientieren sich an der *Methode*, die der Sprachwissenschaftler Siegfried Jäger und seine Mitarbeiter am DISS zur Analyse von Diskursen und Dispositiven entwickelt haben. Ihren Ansatz bezeichnen sie als „Kritische Diskursanalyse“ (KDA).

Im Kern versteht Jäger die KDA als *inter- und transdisziplinäres Konzept qualitativer Sozial- und Kulturforschung*. Sie lässt sich anwenden auf „*Inhalte aller Art*“²⁴ [...], auf Themen der Wissenschaften und der Medien, auf Themen der Politik wie des Alltags“ (Jäger, 2012, S. 11).

Bezüglich der konstitutiven Merkmale der Methode könne die KDA als Zweig der *Cultural Studies* verstanden werden. Wie die vielfältigen methodischen Ansätze, denen sich die Kulturwissenschaften bedienen, sei auch der Ansatz der KDA vom Prinzip her *theoriegeleitet, kontextbezogen, interventionistisch* sowie *selbstreflexiv* konzipiert. Für weitere Forschungsansätze stehe die KDA offen, sofern sie sich in die grundlegenden diskurstheoretischen Überlegungen von *Michel Foucault* integrieren lassen (vgl. Jäger & Zimmermann, 2010, S. 5 ff.; Jäger, 2012, S. 10 f.).

Das theoretische Fundament der KDA bildet also Foucaults Diskurstheorie (vgl. Jäger 2012, S. 78). Auch die Zusammenarbeit mit *Jürgen Link* habe bei der Weiterentwicklung der KDA eine wichtige Rolle gespielt. Dementsprechend hebt Jäger die Rezeption der Foucaultschen Diskurstheorie bei Jürgen Link besonders hervor. Wichtig scheint mir die Anmerkung von Jäger, dass die inzwischen eingehend referierte, über die Jahre hinweg weiter präzisierende Methode der KDA „nicht am grünen Tisch entstanden [ist]“, sondern sich „auf Erfahrungen mit einer Vielzahl empirischer diskursanalytischer Projekte“²⁵ (ebd., S. 7) berufen kann.

²⁴ Hervorhebung im Original.

²⁵ Einige dieser Projekte haben Siegfried Jäger und seine Frau in ihrer Publikation „Deutungskämpfe – Theorie und Praxis Kritischer Diskursanalyse“ (Jäger & Jäger, 2007) zusammenfassend dargestellt. Insgesamt seien seit 1987, dem Jahr der Gründung des DISS, rund 20 empirisch-diskursanalytische Projekte durchgeführt und deren Ergebnisse veröffentlicht worden (vgl. Jäger & Zimmermann, 2010, S. 102).

Die nun folgende Klärung einiger zentraler Begriffe der KDA stellt den diskurstheoretischen Hintergrund komprimiert dar. Dabei richten sich die Auswahl der Begriffe und der Umfang der theoretischen Erläuterungen nach der Relevanz für die vorliegende Arbeit.

2.1.1 Der Diskursbegriff im Verständnis der KDA

In der aktuellen²⁶ Einführung in die KDA wird „Diskurs“ definiert als *Fluss*²⁷ von Wissen bzw. sozialen Wissensvorräten durch Zeit und Raum²⁸ (vgl. Jäger 2012, S. 26-29). Da Diskurse das zu einer bestimmten Zeit, in einem bestimmten Raum jeweils gültige oder akzeptierte Wissen von Menschen enthalten und dieses Wissen von Mensch zu Mensch transportieren, formieren sie das Bewusstsein²⁹ der Subjekte: Wissen wird zum festen Bewusstseinsselement erst „durch die Rezeption von Diskursen, d.h. durch dauerhafte und sich über lange Zeiträume erstreckende Konfrontation mit immer den gleichen oder doch sehr ähnlichen Aussagen“³⁰ (ebd., S. 22). Im Hinblick auf die Verankerung von Wissen im Bewusstsein der Subjekte ist *Rekurrenz* also *zentral*. Das so entstehende Wissen stellt dann eine Applikationsvorgabe³¹ für subjektives Handeln bereit. Somit sei letztlich die

²⁶ Ich beziehe mich auf die im Jahr 2012 erschienene 6., vollständig überarbeitete Auflage des Grundlagenwerks „*Kritische Diskursanalyse. Eine Einführung*“ von Sigfried Jäger. 2015 erschien das Werk, inhaltlich unverändert, bereits in der 7. Auflage.

²⁷ „Auch die Vorstellung, dass die Zeit ‚fließt‘, ist eine rein im Diskurs konstruierte Annahme“ (Jäger 2012, S. 29, Fußnote 55). Auf Seite 78 der Einführung in die KDA werden dem Begriff „Fluss“ dann auch die beiden Begriffe „Verlauf“ und „Abfolge“ beigesellt.

²⁸ Auch Zeit und Raum sind Konstrukte, die auf zugeschriebene bzw. diskursiv hergestellte und kollektiv geteilte Bedeutungen verweisen (vgl. Jäger 2012, S. 26-29).

²⁹ Hier würden zwei Einflüsse sichtbar, die bei der konzeptuellen Entwicklung der KDA eine Rolle gespielt hätten. Zum einen die dialektisch-materialistische Bewusstseinstheorie von Wygotsky, die das Bewusstsein als Resultat der kulturellen Entwicklung der Menschheit auffasse, zum anderen die Lern- und Tätigkeitstheorie von Leontjew (vgl. Jäger & Zimmermann, 2010, S. 66), nach welcher sich die Psyche des Menschen in Interaktion mit der materialisierten Umwelt bilde und kontinuierlich weiterentwickle.

³⁰ Der Hinweis auf Foucaults Konzept der „Aussage“ ist für die Methode der KDA insofern bedeutungsvoll, als es „auf die Notwendigkeit der Unterscheidung von ‚Äußerung‘ und ‚Aussage‘ verweist“ (Jäger 2012, S. 26). Foucault fasse *Diskurs* u.a. als „eine Menge von Aussagen, die einem gleichen Formationssystem zugehören“ (Foucault, 1973, zitiert nach Jäger & Zimmermann, 2010, S. 37).

³¹ Applikationsvorgaben oder –vorlagen sind positive oder negative Vorbilder für die Bildung von Subjektivitäten, beispielsweise Prominente, StraftäterInnen, MusikerInnen, HeldInnen, SchauspielerInnen usw., mit denen sich Subjekte identifizieren können. „Identifikationen können in Gestalt von Aha-Erlebnissen, i. R. [!] aber als Resultat längerfristiger Konfrontationen erfolgen“ (Jäger & Zimmermann, 2010, S. 25).

Voraussetzung für die Strukturierung und Gestaltung von Gesellschaften geschaffen (vgl. ebd.; s.a. Jäger & Zimmermann, 2010, S. 37). Dementsprechend wären Diskurse auch „als transsubjektive Produzenten gesellschaftlicher Wirklichkeit und sozio-kultureller Deutungsmuster“ (Jäger 2012, S. 27) aufzufassen.

2.1.2 Zur Relation von Diskurs, Subjekt und Wirklichkeit

Auch naturwissenschaftliche Diskurse widerspiegeln keine Realitäten. Die in Diskursen präsentierten Modelle, die Sachverhalte erläutern oder Phänomene erklären, beruhen auf diskursiv erzeugtem und tradiertem Wissen, das selbst einer typischen Art des Denkens³² folge. Sie „haben also eine bestimmte Auffassung von Natur und Naturgesetzen bereits zur Voraussetzung“ (Jäger, 2012, S. 33). In Anbetracht ihres kulturhistorisch-diskursiv präfigurierten Charakters dürfe man naturwissenschaftliche Modelle nicht als menschen-unabhängige objektive Entitäten missverstehen (vgl. Jäger, 2012, S. 33; Jäger & Zimmermann, 2010, S. 49).

Mit Bezug auf die KDA gehen wir davon aus, dass Diskurse die Realität als solche nicht abzubilden vermögen, zumal *Auffassung und Deutung* immer an ein *repräsentatives Wissen* gebunden sind. Also können wir ihnen keine „Wahrheiten“ entnehmen, sondern die Wirklichkeit, wie sie uns erscheint, nur auf der Grundlage unseres eigenen Wissens deuten, darum werde es auch immer einen Kampf um unterschiedliche Deutungen der Wirklichkeit³³ geben (vgl. Jäger 2012, S. 11). Mit dieser Klärung sind die Relationen von *Diskurs und Subjekt* sowie *Diskursposition und Verflechtung mit Macht(-Interessen)* zur Sprache gebracht. Auf Diskursposition und Aspekte der Macht wird unten eingegangen. An dieser Stelle halten wir fest: Individuen oder Subjekte sind fortwährend in gesellschaftlich-diskursive Kontexte verstrickt und sie beteiligen sich als „Co-Produzenten und Mit-Agenten“ (ebd., S. 35) der Diskurse aktiv an der Veränderung von Wirklichkeit. Dies geschieht, um es gleich vorwegzunehmen, häufig aus eigenem Interesse mit der Absicht, seinen Platz in einer Gemeinschaft zu finden und im Leben zu bestehen.

³² Unterschiedliche Denkweisen über einen Gegenstand finden sich beispielsweise in disziplinspezifischen, kulturellen und historischen Kontexten.

³³ Jäger verwendet mehrheitlich den Begriff „Wirklichkeit“, als Synonym dazu aber auch „Realität“. In Bezug auf den psychotherapeutischen Ansatz der Existenzanalyse verstehe ich Wirklichkeit als subjektiven Begriff, also als eine subjektive oder kollektive Deutung eines Ausschnitts der Realität, während Realität im Grunde nicht fassbar ist und das Vorgegebene an sich meint (vgl. Längle, 2016).

Die dauerhafte Verstrickung des Menschen in vielfältige diskursive Beziehungen und Bedingungen³⁴ modelliert umgekehrt auch seinen *Subjektbildungsprozess*, d.h. Diskurse sind bei der Bildung individueller (und kollektiver) Subjektivitäten wirksam, weil sie, wie erwähnt, als Applikationsvorgabe oder Identifikationsmodell funktionieren. Jürgen Link schreibt dazu: „Ein bekanntes Beispiel für die Applikation einer diskursiven Vorgabe auf Subjektivitäten ist die sogenannte ‚Identifikation‘ von Jugendlichen mit Starrollen aus populären Filmen“ (Link, 1992, zitiert nach Jäger, 2012, S. 35).

Schließlich weisen Jäger und Zimmermann (2010, S. 116) in Verbindung mit den vielfältigen diskursiven Verstrickungen des Menschen, an denen er aktiv partizipiert, in Übereinstimmung mit Foucault (1978) darauf hin, dass es die „unabhängige, *autonome*“³⁵ Einzelexistenz des Individuums“ nicht gebe.

2.1.3 Zur Relation von Diskurs, Wissen und Macht

Nach der Diskursdefinition der KDA transportieren Diskurse Wissen durch Zeit und Raum³⁶. Dabei setze der jeweilige *Umgang mit dem tradierten Wissen* Machtwirkungen frei. Es wird argumentiert, dass Menschen dauerhaft in (soziale) Diskurse verstrickt seien und dass es *kein Handeln ohne Wissen* gebe, weil das vom Individuum akkumulierte ggf. modifizierte Wissen seinem Sprechen, Denken und Tun vorausgesetzt sei. Diskurse induzieren demnach Verhalten und neue Diskurse (vgl. Jäger, 2012, S. 37 f.). Dabei seien die Menschen, bedingt durch die Bestrebung im Leben zu bestehen, sich durchzusetzen und ihren Platz in einer Gemeinschaft zu finden, aktiv, zwar mit je unterschiedlichem Gewicht, an der Diskursproduktion beteiligt und somit auch an der *Realisierung von Machtbeziehungen* (vgl. Jäger & Jäger, 2007, S. 22; Jäger, 2012, S. 37). Auf diese Weise würden Diskurse, vermittelt über das Handeln darin verstrickter Personen, dazu beitragen Macht- und Herrschaftsverhältnisse zu strukturieren, indem etwa in einem Diskurs

³⁴ Unterschiedliche Lebens- und Lernbedingungen beispielsweise beeinflussen Subjektivierungsprozesse und Positionen von Subjekten innerhalb einer Gemeinschaft nicht unwesentlich mit.

³⁵ Hervorhebung im Original

³⁶ Diskurse würden sich freilich nicht an geographische oder nationale Grenzen halten, besonders nicht in Zeiten des Internets und der Globalisierung. Zudem seien Raum- und Zeitvorstellungen in Abhängigkeit von Epoche und Kultur mit unterschiedlichen Bedeutungen geladen (vgl. Jäger 2012, S. 27 ff.).

typische Subjekt- und Gesellschaftskonstitutionen favorisiert, alternative Perspektiven ausgeschlossen werden³⁷.

Im Machtverständnis von Foucault sieht Jäger einen der Kernpunkte zum Verständnis von Diskurstheorie und damit auch von Subjektivität: „Die Macht ist der Name, den man einer komplexen strategischen Situation in einer Gesellschaft gibt“ [...]. Es existiere „keine Macht, die sich ohne eine Reihe von Absichten und Zielsetzungen entfaltet“ (Foucault, 1983, zitiert nach Jäger, 2012, S. 41). Foucault habe bereits 1977 erklärt, dass *Macht* weniger als negative Instanz mit der Funktion zur Unterdrückung zu verstehen sei, sondern vielmehr als *ein produktives Netz*, das die Körper durchdringe, Dinge und neue Diskurse produziere, Lust verursache, Wissen hervorbringe, ja sogar den ganzen sozialen Körper überziehe. Indem sich die Menschen aus *Eigeninteresse* an der Realisierung von Machtbeziehungen beteiligen, würden Verhältnisse und Strukturen der Macht, zumindest für eine gewisse Zeit auch akzeptiert.

In Foucaults Arbeiten sind Macht und Wissen zentrale Begriffe. Dementsprechend ist es sein Anliegen, die in jeder Gesellschaft vorkommenden zahlreichen Beziehungen zwischen Wissen und Macht in ihren wechselseitigen Wirkungen zu untersuchen. Auf diese Weise lässt sich aufzeigen, inwiefern Machtwirkungen akzeptabel geworden sind und wann sie aufhören akzeptabel zu sein. Die Offenlegung der Machteffekte, die spezifisches Wissen implizieren und der Gründe für ihre Akzeptanz, strebt die Möglichkeit der Veränderung an, falls die Akzeptabilität von Deutungs- und Handlungspraxen in Frage gestellt wird (vgl. Jäger, 2012, S. 38f.).

³⁷ Obwohl Ausschließungen institutionell verstärkt werden könnten, dürften sie nicht als „manipulative Intention irgendeines Subjekts oder auch Intersubjekts mißdeutet [!] werden“ (Link & Link-Heer, 1990, zitiert nach Jäger & Jäger, 2007, S. 20).

2.2 Methodenreflexion, Forschungsprozess und Forschungsbeitrag

Das methodische Vorgehen sowie einzelne Analyseschritte meines Dissertationsprojekts orientieren sich an der „Gebrauchsanweisung“, die Jäger im sechsten Kapitel ab Seite 90 der zitierten Einführung in die KDA präsentiert. Jäger schlägt zehn Arbeitsschritte³⁸ vor, die im großen Ganzen auch das Vorgehen und den Inhalt der vorliegenden Untersuchung strukturieren. Neben der Anleitung des Forschungsverfahrens stellte sich insbesondere der Theoriediskurs der KDA als sehr hilfreich für den Prozess und als konstitutiv für das gesamte Projekt heraus.

Demgegenüber ist es wichtig klarzustellen, dass im Rahmen dieser Forschungsarbeit *keine dezidierte Diskursanalyse* durchgeführt, eine solche auch keineswegs angestrebt wurde. Es ging mir, was die Kategorienbildung von Aussagefeldern betrifft, nicht um Eindeutigkeit und bezüglich der Rekonstruktion von Aussagen nicht um Vollständigkeit. Vielmehr war es die grundlegende Intention, zu einer differenzierteren Erkenntnis über ADHS zu gelangen. Für diese Zielsetzung wurden die wesentlichen Kontroversen, die der klinische Fachdiskurs impliziert, dargestellt und entsprechend diskurstheoretischen Ansätzen diskutiert. Aus dem diskurstheoretisch erweiterten Blickwinkel wird zunächst Folgendes deutlich: Beim Konzept ADHS geht es weniger um die Frage nach einer klar abgrenzbaren psychischen Störung mit Krankheitswert als um die Frage, mit welchen Argumenten bestimmte Werturteile und Vorgehensweisen akzeptiert/gewählt werden, und damit um die Frage, welche Funktion das Störungsbild im Rahmen der pädagogischen Praxis und ihrer Zielorientierung hat.

Als Pädagoge war es mir ein Anliegen, im klinischen Diskurs tradierte Aussagen von besonderer erziehungswissenschaftlicher Bedeutung herauszustellen und ihnen die im Korpus verfügbaren Forschungsergebnisse gegenüberzustellen. Ein Motiv dafür liegt im

³⁸ 1. Zielsetzung der Untersuchung benennen, theoretischen Hintergrund skizzieren, gewählte Methode knapp erläutern, 2. Untersuchungsgegenstand benennen, Brisanz des Themas aufzeigen, 3. Materialgrundlage bestimmen und begründen, 4. Strukturanalyse mit Zusammenfassung, 5. Feinanalyse eines oder (falls notwendig) mehrerer typischer Artikel, 6. Ermittlung des diskursiven Kontextes (Zeit, Raum, politische Verhältnisse bzw. Herrschaftsform), 7. Zusammenfassende Diskursanalyse unter Bezug auf Struktur- und Feinanalyse(n), 8. Prägnante Kritik formulieren und durch grundsätzliche ethische Überlegungen erweitern, 9. Verbesserungsvorschläge zu den am Diskurs kritisierten Aspekten, 10. Abschließende Überlegungen zur Gültigkeit beziehungsweise zur Vollständigkeit der Analyse

Umstand, dass das im akademischen Diskurs verbreitete klinische Wissen zu umstrittenen Handlungspraxen führt, speziell im Umgang mit Kindern und Jugendlichen. Das klassische Beispiel für solche Bedenken ist die Stimulanzientherapie. Sie verbessert freilich die Konzentrationsfähigkeit und reguliert die Impulsivität. Doch zeigt der Vergleich von im Diskurs tradierten typischen Aussagen mit Erkenntnissen aus empirischen Daten, dass die mit ADHS assoziierten Lernschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten, die negativ mit Befindlichkeit und Sozialkompetenz korrelieren würden, überwiegend nicht durch das ADHS zu erklären sind (s. Kap. 6, S. 100). Sie hängen also weniger mit einem diagnostizierten ADHS zusammen als allgemein angenommen wird. Ein ernüchternder Befund, der es ermöglichte Argumente zu formulieren, die im Umgang mit den thematisierten Problemen einen pädagogischen Ansatz anstelle des medizinischen anempfehlen. Insofern werden dem klinischen Fachdiskurs immanente Verengungen und Limitationen aufgezeigt.

Schließlich dienen die für das vorliegende Dissertationsprojekt angelegten Datengrundlagen, also die im Korpus erfassten Artikel und deren chronologische und thematische Zusammenstellung, dem schnellen Auffinden von spezialisiertem Wissen über ADHS.

2.2.1 Anmerkungen zur Methodenwahl und ihrem Einsatz

Die KDA bietet ein sehr umfangreiches Repertoire an Analyseverfahren und ist offen für die Integration weiterer Forschungsmethoden. Für die vorliegende Untersuchung war es allerdings weder nötig das vorhandene Methodenrepertoire auszuschöpfen noch weitere Methoden zu integrieren. In erster Linie hat das mit der Zielsetzung zu tun. Zum anderen ist es so, dass ein klinischer Fachdiskurs den Forschungsgegenstand bildet, weswegen verborgene sprachliche Performanzen und Kollektivsymbole, denen sich die KDA im Allgemeinen besonders zuwendet, nicht im Zentrum des Interesses standen. Wie oben erwähnt, diente die Methode mehr der Strukturierung des Forschungsprozesses und liefert einen tragfähigen Theoriehintergrund. Letzteres kam der Interpretation der Feinanalysen zugute, weil das zeitgemäße klinische Grundlagenwissen durch eine historisch wie auch kulturell konstituierte Linse in den Blick genommen und zurückgreifend auf wesentliche diskursanalytische Überlegungen reflektiert wurde.

2.2.2 Geltungsbereich und Limitation

Im Mittelpunkt der vorliegenden Dissertation steht die kritische Auseinandersetzung mit dem psychiatrischen Krankheitsbild „ADHS“. Gegenwärtig führt die breite Akzeptanz des klinischen Störungskonzepts dazu, dass Bildungs- und Erziehungsfragen zunehmend aus der medizinischen Perspektive über psychopathologische Begriffe erörtert werden. Originär in pädagogischen Domänen verortete Probleme werden also immer öfters durch psychiatrische Grundsätze geprägt.

Um den Raum neu für pädagogische Fragestellungen zu erschließen, ist vorgängig eine sorgfältige Sichtung des klinischen Diskurses sowie der Forschungsergebnisse, die aus ihm hervorgehen, nötig.

Die vorliegende Dissertation vergleicht die im klinisch-psychologischen respektive im medizinisch-psychiatrischen Fachdiskurs tradierten typischen Aussagen mit entsprechenden empirischen Befunden. So werden speziell pädagogisch bedeutsame Aussagen über die kognitive Leistungsfähigkeit, das Interaktionsverhalten sowie die Beziehungs- und Lebensqualität von Menschen mit ADHS Studienergebnissen aus dem deutschsprachigen Raum gegenübergestellt. Auf typische Aussagen und Studienergebnisse der Aussagefelder „Prävention“, „Behandlung“, „Therapie“, „Versorgung“, „Ätiologie“ und „Diagnostik“ geht das vorliegende Projekt weniger ausführlich ein. Für die Erziehungswissenschaft sind gewiss auch Ergebnisse zum Aussagefeld „Prävention“ interessant. Die diesem Forschungsstrang immanenten Aussagen den gleichstehenden empirischen Arbeiten gegenüberzustellen ist ein denkbares Forschungsdesiderat.

Nach meiner Kenntnis gibt es bisher keine erziehungswissenschaftliche Studie, die das Phänomen ADHS mit einem vergleichbaren Forschungsdesign systematisch untersucht. Unter diesem Gesichtspunkt kann die vorliegende Dissertation als Pilotprojekt betrachtet werden.

3. Strukturanalyse

3.1 Chronologische Struktur der Zeitschriftartikel – primäre Ordnung

Die nachfolgenden Tabellen bilden die Datenbasis ab. Es handelt sich dabei um sämtliche Artikel, die zwischen 1999 und 2017 in der *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* zum Thema „ADHS“ oder „hyperkinetische Störungen“ erschienen sind. Ermittelt wurden sie anhand der Titel, Untertitel oder Schlüsselwörter, die auf den Forschungsgegenstand hinweisen. Erfasst wurden zudem 17 auserlesene Artikel, deren Abstracts oder Schlüsselwörter³⁹ Assoziationen zu ADHS auslösen oder Implikationen zum ADHS-Diskurs aufweisen und darum einen informativen Mehrwert versprechen.

Über das Rechercheportal der Zentralbibliothek Zürich und die entsprechende VPN⁴⁰-Verbindung wurde der Zugriff auf das kostenpflichtige Journal und weitere Literatur von Zuhause aus möglich.

Tabelle⁴¹ 1: Publikationen 2017

Nr.	TS	Thema	Jg., Nr., J., SZ.
108	KO	Psychopharmaka in den 1950ern – zur Verwissenschaftlichung einer Debatte	45 (5), 2017, 417–424
107	OA	Elterliche Belastung und die Zuverlässigkeit von Elternangaben in der Diagnostik psychisch und verhaltensauffälliger Kinder und Jugendl.	45 (4), 2017, 303–309
106	OA	Prä- und perinatale Risikofaktoren bei Autismus-Spektrum-Störung und Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	45 (3), 2017, 209–217
105	Ed.	Teilhabebeeinträchtigungen von Kindern mit Behinderung reduzieren	45 (2), 2017, 95–97
104	P.	Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie	45 (1), 2017, 80–85

³⁹ Beispielsweise eine Kategorisierung wie „externalisierende Störung“, ein Artikel über die Geschichte der Psychopharmaka oder über die Entstehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

⁴⁰ Virtual Private Network

⁴¹ **Tabellenkürzel-Legende:** Editorial (Ed.), Originalarbeit (OA), Übersichtsarbeit (ÜA), Zur Diskussion gestellt (zDg), Stellungnahme (StN), Kommentar (KO), Aus Klinik und Praxis (KuP), Eckpunktepapier (EkP), Policy (P), Artikelnummer (Nr.), Textsorte (TS), Jahr der Veröffentlichung (J), Seitenzahl (SZ), Forschungsbericht (FB)

Tabelle 2: Publikationen 2016

Nr.	TS	Thema	Jg., Nr., J., SZ.
103	OA	Basic numerical processing, calculation, and working memory in children with dyscalculia and/or ADHD symptoms	44 (5), 2016, 365–375
102	OA	Aufmerksamkeit und Leseleistungen bei Kindern mit ADHS, Lese- und Rechtschreibstörung und der komorbiden Störung	44 (5), 2016, 351–363
101	Ed.	Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten: Aktuelle Herausforderungen und Chancen	44 (5), 2016, 329–332
100	ÜA	Zeitliche Trends bei den Häufigkeiten für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und Stimulanzienbehandlung	44 (4), 2016, 275–284
99	Ed.	Medikamentöse Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ... zwischen ethischen sowie sozial- und haftungsrechtlichen Konflikten	44 (4), 2016, 249–255
98	OA	Effectiveness of the Prevention Program for Externalizing Problem Behavior (PEP) in Preschoolers with [...] ADHD Symptoms	44 (3), 2016, 231–239
97	OA	Leistungen von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S in der WISC-IV. Der Nutzen einer Leistungsprofil-Analyse für die Diagnostik	44 (2), 2016, 127–137
96	ÜA	Schulabsentismus: Entwicklungen und fortbestehende Herausforderungen	44 (2), 2016, 101–111
95	Ed.	Was geht uns Schulvermeidung an? Ein Plädoyer für eine kritische Auseinandersetzung	44 (2), 2016, 89–93

Tabelle 3: Publikationen 2015

Nr.	TS	Thema	Jg., Nr., J., SZ.
94	OA	Expressed Emotion, Mutter-Kind-Beziehung und ADHS-Symptome im Vorschulalter	43 (6), 2015, 425–431
93	OA	Angeleitete Selbsthilfe für Eltern von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	43 (4), 2015, 275–288
92	OA	Schulisches Wohlbefinden von Schüler/-innen mit u. ohne sonderpädagogischen Förderbedarf. Integrations- und Regelklassen im Vergleich	43 (4), 2015, 265–274
91	ÜA	Ein inklusives Missverständnis. Warum die Dekategorisierung in der Verhaltensgestörtenpädagogik die Kooperation mit der KJP erschwert	43 (4), 2015, 255–263
90	ÜA	Internationale Aspekte der Verankerung inklusiver Unterrichtskonzepte	43 (4), 2015, 243–253
89	ÜA	Inklusion – kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte	43 (4), 2015, 231–242
88	Ed.	«All inclusive»? Möglichkeiten und Risiken der schulischen Inklusion aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie	43 (4), 2015, 227–230
87	OA	Die Komorbidität von Lernschwierigkeiten mit ADHS-Symptomen im Grundschulalter	43 (3), 2015, 185–193
86	ÜA	Klinische Diagnostik der ADHS im Vorschulalter	43 (2), 2015, 133–144
85	ÜA	Achtsamkeitsbasierte Therapieverfahren bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	43 (2), 2015, 123–131
84	OA	Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Auswertung der Kinder-AGATE-Datenbanken 2009–2012	43 (2), 2015, 101–114
83	OA	AWMF-Leitlinie zu Hyperkinetischen Störungen in der Praxis	43 (2), 2015, 91–100

Tabelle 4: Publikationen 2014

Nr.	TS	Thema	Jg., Nr., J., SZ.
82	ÜA	Transkranielle Magnetstimulation (TMS), Inhibitionsprozesse und ADHS	42 (6), 2014, 415–429
81	OA	Ginkgo biloba Extrakt EGb 761® bei Kindern mit ADHS – vorläufige Befunde einer offenen Multi-Ebenen-Dosierungsfindungsstudie	42 (5), 2014, 337–347
80	OA	Evaluation des Musikalischen Konzentrationstrainings mit Pepe (MusiKo mit Pepe) bei Kindern mit Aufmerksamkeitsproblemen	42 (5), 2014, 325–335
79	KO	DSM-5 – Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen	42 (4), 2014, 271–277
78	OA	ADHS und das Ausmaß der elterlichen Stressbelastung bei mangelnder Spielfähigkeit im Säuglings- und Kleinkindalter	42 (3), 2014, 147–155

Tabelle 5: Publikationen 2013

Nr.	TS	Thema	Jg., Nr., J., SZ.
77	ÜA	Was wird aus Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen? Ergebnisse der Langzeitforschung (u.a. auch betreffend ADHS)	41 (6), 2013, 419–431
76	Ed.	Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Herausforderungen und Handlungsfelder	41 (5), 2013, 291–293
75	Ed.	Europäische Kinder- und Jugendpsychiatrie – gemeinsame Aufgaben, aber unzureichende Kooperation	41 (4), 2013, 225–226
74	ÜA	Die Wirksamkeit neuropsychologischer Trainingsverfahren bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS	41 (3), 2013, 199–215
73	zDg	Zum Editorial Hebebrand, Blanz, Herpertz-Dahlmann & Lehmkuhl (2012): In ZKJPP 40 (3), S. 133–138	41 (2), 2013, 145–149
72	OA	Zusammenhang von Therapeutischer Beziehung mit Symptomminde- rung und Behandlungszufriedenheit in der Behandlung von ADHS	41 (2), 2013, 133–144
71	Ed.	Neue Medien und ihre Folgen für Kinder und Jugendliche	41 (2), 2013, 83–86
70	OA	Assoziation von Neurodermitis und ADHS. Meta-Analyse aktueller epidemiologischer Studien	41 (1), 2013, 35–44

Tabelle 6: Publikationen 2012

Nr.	TS	Thema	Jg., Nr., J., SZ.
69	ÜA	Die medikamentöse Behandlung der ADHS im Kindes- und Jugendalter mit Amphetaminpräparaten	40 (5), 2012, 287–300
68	OA	Leistungen von Kindern mit einer Störung der Aufmerksamkeit im HAWIK-IV	40 (3), 2012, 191–199
67	Ed.	Zunahme der Häufigkeit medikamentöser Behandlungen, ethische Prinzipien und Interessenkonflikte in der Kooperation mit der ...	40 (3), 2012, 133–138
66	OA	Defizitäre adaptive Emotionsregulation bei Kindern mit ADHS	40 (2), 2012, 95–103
65	ÜA	Intelligenzminderung und ADHS	40 (2), 2012, 83–94
64	OA	Intellektuelle Fähigkeiten bei Jugendlichen mit früherer ADHS-Diagnose (aktuelle Symptome, Komorbidität und frühere Medikation)	40 (1), 2012, 51–60

Tabelle 7: Publikationen 2011

Nr.	TS	Thema	Jg., Nr., J., SZ.
63	zDg	ADHS und Störung des Sozialverhaltens. Trends im deutschsprachigen Raum	39 (6), 2011, 421–426
62	OA	Der Einfluss sozialer und monetärer Belohnungen auf die Inhibitionsfähigkeit von Jungen mit HKS des Sozialverhaltens	39 (5), 2011, 341–349
61	OA	Training sozialer Fertigkeiten für Kinder mit ADHS. Ergebnisse einer Pilotstudie	39 (4), 2011, 277–285
60	OA	Kognitive und emotionale Empathie bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS und Störung des Sozialverhaltens	39 (4), 2011, 265–276
59	OA	Temperament und soziale Reaktivität bei Autismus-Spektrum- Störungen und ADHS	39 (2), 2011, 133–141
58	ÜA	Komorbiditäten bei Autismus-Spektrum-Erkrankungen. Stand der Forschung und Aufgaben für die Zukunft	39 (2), 2011, 91–99

Tabelle 8: Publikationen 2010

Nr.	TS	Thema	Jg., Nr., J., SZ.
57	ÜA	Neurofeedback-Training bei Kindern mit ADHS. Effekte auf Verhaltens- und neurophysiologischer Ebene	38 (6), 2010, 409–420
56	StN	Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS in Deutschland	38 (2), 2010, 131–136
55	ÜA	Medikamentöse Behandlungsalgorithmen bei ADHS unter Berücksichtigung spezifischer Komorbiditäten	38 (1), 2010, 7–20

Tabelle 9: Publikationen 2009

Nr.	TS	Thema	Jg., Nr., J., SZ.
54	OA	Programm Zappelphilipp – Frühintervention bei delinquenten Kindern. Hometreatment als alternativer Behandlungsansatz ...	37 (6), 2009, 541–550
53	OA	Der Elternfragebogen „ADHS – Wissen und Behandlungsmotivation“. Entwicklung und erste Ergebnisse	37 (5), 2009, 441–449
52	OA	Die Erfassung von Merkmalen von ADHS anhand von Lehrerurteilen. Zur Validität und Reliabilität des FBB-HKS	37 (5), 2009, 431–440
51	ÜA	ADHS und Straßenverkehr. Was gibt es in der Behandlung Jugendlicher mit ADHS zu beachten?	37 (5), 2009, 405–411
50	ÜA	Computerspiele im Kindes- und Jugendalter unter besonderer Betrachtung von Suchtverhalten, ADHS und Aggressivität	37 (5), 2009, 393–404
49	ÜA	Die Entwicklung der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Marburger Klinik	37 (5), 2009, 379–391
48	FB	Forschungsbericht (2003 – 2008), Kapitel zur ADHS (S. 250-265)	37 (4), 2009, 231 – 367
47	OA	ADHS von Kindern und Jugendlichen im Elternurteil. Eine Analyse an einer Feldstichprobe mit dem Diagnostik-System DISYPS – II	37 (3), 2009, 183–194
46	OA	ADHS bei Jungen im Kindesalter – Lebensqualität und Erziehungsverhalten	37 (1), 2009, 69–75
45	ÜA	Substanzgebundene Alternativen in der Therapie von ADHS	37 (1), 2009, 13–25
44		Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland Psychopharmaka für Kinder gestern und heute	37 (1), 2009, 7–11
43	Ed	Psychopharmakotherapie und Jugendhilfe	37 (1), 2009, 5–6

Tabelle 10: Publikationen 2008

Nr.	TS	Thema	Jg., Nr., J., SZ.
42	StN	Gem. Stellungn. der Leitliniengruppe EUNETHYDIS und des adhs-netzes zur EKG-Ableitung bei Verschreibung von Methylphenidat	36 (6), 2008, 437–439
41	OA	Aufmerksamkeitsstörungen nach Schlaganfällen im Kindesalter	36 (6), 2008, 419–426
40	OA	Aufmerksamkeitstherapie bei Kindern – Langzeiteffekte des ATTENTIONERS	36 (6), 2008, 411–417
39	ÜA	Die Bedeutung des Vorliegens einer ADHS bei Müttern für die Behandlung ihrer Kinder mit ADHS – Überblick und Skizze ...	36 (5), 2008, 335–343
38	ÜA	Wirksamkeit psychiatrischer- und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. ...	36 (5), 2008, 321–333
37	OA	Die Behandlung von ADHS mit mehrfach ungesättigten Fettsäuren – eine wirksame Behandlungsoption?	36 (2), 2008, 109–116
36	ÜA	Langwirksame Medikamente zur Behandlung der hyperkinetischen Störungen. Eine systematische Übersicht ... (Teil 2)	36 (2), 2008, 97–107
35	ÜA	Langwirksame Medikamente zur Behandlung der hyperkinetischen Störungen. Eine systematische Übersicht ... (Teil 1)	36 (2), 2008, 81–95
34	Ed.	Kommentar zu den Europäischen Leitlinien zum Einsatz langwirksamer Medikamente zur Behandlung der hyperkinetischen Störungen	36 (2), 2008, 77–79

Tabelle 11: Publikationen 2007

Nr.	TS	Thema	Jg., Nr., J., SZ.
33	OA	EEG-Veränderungen unter Methylphenidat – eine Pilotstudie	35 (4), 2007, 247–256
32	OA	Ärgerregulierung bei Jungen mit ADHS	35 (3), 2007, 189–198
31	OA	Vorboten hyperkinetischer Störungen – Früherkennung bereits im Säuglingsalter möglich?	35 (3), 2007, 179–188
30	OA	Vorboten hyperkinetischer Störungen – Früherkennung im Kleinkindalter	35 (2), 2007, 127–136
29	OA	Altersabhängige Unterschiede in neuropsychologischen Leistungsprofilen bei ADHS und Autismus	35 (2), 2007, 95–106

Tabelle 12: Publikationen 2006

Nr.	TS	Thema	Jg., Nr., J., SZ.
28	ÜA	Genetische Befunde bei der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	34 (6), 2006, 425–433
27	OA	Bibliotherapie als Behandlungsmöglichkeit bei Kindern mit externalen Verhaltensstörungen.	34 (5), 2006, 377–386
26	OA	ADHS bei Drei- bis Sechsjährigen in der ärztlichen Praxis – eine bundesweite Befragung	34 (5), 2006, 357–365
25	ÜA	Bildgebungsbefunde bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS, Tic-Störungen und Zwangserkrankungen	34 (5), 2006, 343–355
24	StN	Stellungnahme zu fraglichen kardialen Risiken der Stimulanzienabgabe	34 (4), 2006, 295–297
23	OA	Prävalenz hyperkinetischer Symptome und Störungen im Vorschulalter – ein Vergleich zweier Diagnoseinstrumente	34 (4), 2006, 275–286
22	OA	Umstellung von einem unretardierten auf ein retardiertes Methylphenidatpräparat: ... Studie zur Behandlung von ADHS	34 (4), 2006, 257–265

21	OA	Zytogenetische Veränderungen durch Methylphenidat?	34 (3), 2006, 215–220
20	OA	Zur Wirksamkeit körperorientierter Therapieverfahren bei der Behandlung hyperaktiver Störungen: ...	34 (1), 2006, 37–47

Tabelle 13: Publikationen 2005

Nr.	TS	Thema	Jg., Nr., J., SZ.
19	OA	Schlafstörungen bei hyperkinetischen Kindern – polysomnografische Untersuchungen zur Schlafstruktur und –architektur	33 (3), 2005, 205–216
18	OA	Kann eine spezifische Aufmerksamkeitsdiagnostik zur Differentialdiagnostik psychischer Störungen beitragen?	33 (3), 2005, 181–189
17	OA	Die Wirksamkeit eines Gruppentrainings für Eltern mit hyperkinetischen Kindern	33 (1), 2005, 59–68

Tabelle 14: Publikationen 2004

Nr.	TS	Thema	Jg., Nr., J., SZ.
16	ÜA	Die Wirksamkeit von Stimulanzien-Retardpräparaten bei Kindern und Jugendlichen mit ADHD – eine systematische Übersicht	32 (4), 2004, 265–278
15	OA	Lassen sich hyperkinetische Auffälligkeiten am Nachmittag durch eine Morgengabe von Methylphenidat Retard vermindern?	32 (4), 2004, 225–233
14	ÜA	Neurofeedback in der Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes- und Jugendalter	32 (3), 2004, 187–200
13	OA	Mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft: Risikofaktor für eine ADHS des Kindes?	32 (3), 2004, 177–185
12	OA	Hyperkinetische Störung bei Kindern und Jugendlichen: Zur Häufigkeit des Behandlungsanlasses in der ambulanten Versorgung ...	32 (3), 2004, 157–166

Tabelle 15: Publikationen 2003

Nr.	TS	Thema	Jg., Nr., J., SZ.
11	zDg	Beantwortung des Leserbriefs zur EEG-Diagnostik durch das Autorentrio des EEG-Diagnostik-Texts (Text-Nr. 8)	31 (3), 2003, 233–234
10	zDg	Kritischer Leserbrief zum Text der EEG-Diagnostik (Text-Nr. 8)	31 (3), 2003, 231–232
9	ÜA	Schlafstörungen und ADHS, Zusammenhänge zu Arousalstörungen, differentialdiagnostische Abgrenzung	31 (2), 2003, 133–143

Tabelle 16: Publikationen 2002

Nr.	TS	Thema	Jg., Nr., J., SZ.
8	KuP	Verzicht auf eine EEG-Diagnostik vor Beginn und unter einer Therapie mit Methylphenidat: gefährlich oder gerechtfertigt?	30 (4), 2002, 295–302
7	OA	Psychische Auffälligkeiten von Kindern alkoholkranker Väter	30 (4), 2002, 241–250
6	OA	Motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von 11-Jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen: späte Folgen	30 (1), 2002, 5–19

Tabelle 17: Publikationen 2001

Nr.	TS	Thema	Jg., Nr., J., SZ.
5	ÜA	Transkranielle Magnetstimulation in der K.- u. Jugendpsychiatrie: Exzitabilität des motorischen Systems bei TIC und/oder ADHS	29 (4), 2001, 312-323
4	OA	Mutter-Kind-Interaktion und externalisierende Störungen bei Kindern im Grundschulalter	29 (4), 2001, 263-273

Tabelle 18: Publikationen 2000

Nr.	TS	Thema	Jg., Nr., J., SZ.
3	OA	Contingent Negative Variation (CNV) bei Kindern mit hyperkinetischem Syndrom – eine experimentelle Untersuchung mittels ...	28 (4), 2000, 239-246

Tabelle 19: Publikationen 1999

Nr.	TS	Thema	Jg., Nr., J., SZ.
2	OA	Soziale Kompetenz bei Kindern mit sozialen Anpassungsschwierigkeiten	27 (2), 1999, 93-102
1	OA	Familienprozesse bei ADHS	27 (1), 1999, 19-26

3.2 Inhaltliche Struktur der Zeitschriftartikel – sekundäre Ordnung

Ein wesentliches Ziel der KDA ist es, typische Aussagen zu ermitteln. Sie konstituieren, wie elementare Bausteine, das Fachwissen und sind sozusagen die Fracht, die über den Diskurs transportiert wird. Gleichzeitig stabilisieren Aussagen Diskurse.

Die ständige Wiederholung von typischen Aussagen in einem Diskurs wirkt wie ein Anker für Erinnerungen, bindet sie im kollektiven Gedächtnis fest und etabliert somit früher oder später handlungsleitende Wissensbestände. Aussagen sind oft nicht leicht zu erkennen, verbergen sich manchmal hinter diffusen oder dehnbaren Äußerungen. Deshalb müssen sie durch die Methode der Feinanalyse erst ermittelt werden. Vorher sind jedoch mittels der *Strukturanalyse* die Aussagenfelder zu separieren, das sind die dominierenden Themenbereiche, welche die KDA als Diskursstränge bezeichnet. Dieser im Folgenden abgebildete Arbeitsschritt, also die sekundäre Ordnung des Datenmaterials, stellt *eine mögliche Differenzierung* der Diskursstränge dar. Die kategoriale Zuordnung, um die es hier geht, strebt nämlich weniger die Eindeutigkeit an als vielmehr *eine Annäherung* an die inhaltliche Vielfalt der Diskursstränge. Gewiss ließe sich der eine oder andere Artikel, bedingt durch die gemeinhin themenübergreifende Multivalenz der erfassten Artikel, auch einem anderen Diskursstrang (als in Tab. 20 präsentiert) zuordnen. Die Separierung der Diskursstränge soll aber nicht nur ihre diskursanalytische Kernaufgabe lösen, sondern auch die Themenvielfalt illustrieren, wobei die Ordnung nach Inhalten gleichzeitig den Blick schärft für Diskursstränge, die aus erziehungswissenschaftlicher Sicht besonders belangreiche Fragen implizieren.

Ähnliche Themenschwerpunkte, die prinzipiell in differenzierbaren Diskurssträngen vorliegen, werden, nachdem sie lokalisiert und separiert wurden, wieder als übergeordnete Kategorie zusammengefasst (s. Abb. 1, S. 44). Die Zuordnung orientiert sich an den Titeln und Untertiteln der Artikel, den ihnen jeweils vorangestellten Zusammenfassungen sowie an der akribischeren Untersuchung ganzer Artikel bei Diskursfragmenten, die ich als pädagogisch besonders relevant einstufe.

3.2.1 Themenbereiche im Überblick

Tabelle 20: Kategoriale Zuordnung der inhaltlichen Schwerpunkte

Übergeordnete Themenbereiche / „Diskursstränge“ / Aussagefelder	Implikationen und interthematische Relationen / „Diskursverschränkungen“	Nr.	Jahr
Ätiologie (5 Artikel)	- Neurophysiologische Korrelate der HKS – Bedeutung für die Ätiologie (Contingent negative Variation)	3	2000
	- Mütterliches Rauchen während der Schwangerschaft als Risikofaktor für ADHS (Zusammenhangsstudie)	13	2004
	- Bildgebungsstudien zur ADHS – Übersichtsarbeit (Physiologische Veränderungen, funktionale Defizite)	25	2006
	- Genetische Befunde zur ADHS	28	2006
	- Prä- und perinatale Risikofaktoren bei Autismus-Spektrum-Störung und Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	106	2017
Diagnostik (16 Artikel)	- Neurologische Diagnostik bei ADHS mittels Transkranieller Magnetstimulation	5	2001
	- Verzicht auf eine EEG-Diagnostik vor und während der Therapie mit Methylphenidat – gefährlich oder gerechtfertigt?	8	2002
	- Kritischer Leserbrief zum Text der EEG-Diagnostik (Text-Nr. 8)	10	2003
	- Beantwortung des Leserbriefs zur EEG-Diagnostik (Text-Nr. 8) durch das Autorentrio des EEG-Diagnostik-Texts	11	2003
	- Eignet sich eine spezifische Aufmerksamkeitsdiagnostik zur Differentialdiagnostik? (Selbstkontrollfunktion)	18	2005
	- Prävalenz hyperkinetischer Symptome bei Vorschulkindern aus Sicht der Mütter (Nutzen für die Diagnostik)	23	2006
	- Bw. Umfrage zur Symptomprävalenz, Funktionseinschränkungen und Diagnosehäufigkeit der ADHS bei VK in der FB	26	2006
	- Früherkennung im Kleinkindalter? (Vorboden hyperkinetischer Störungen)	30	2007
	- Früherkennung im Säuglingsalter? (Vorboden hyperkinetischer Störungen)	31	2007
	- ADHS von Kindern und Jugendlichen im Elternurteil (u.a. Evaluation des FBB-ADHS, revidierte Version des FBB-HKS)	47	2009
	- Die Erfassung von Merkmalen der AD(H)S anhand von Lehrerurteilen. Zur Validität und Reliabilität des FBB-HKS.	52	2009
	- Modifikationen im DSM-5 bezüglich der diagnostischen Kriterien zur ADHS	79	2014
	- AWMF-Leitlinie zu Hyperkinetischen Störungen in der Praxis (wäre auch ein Kandidat für die Kategorie „Behandlung“)	83	2015
	- Klinische Diagnostik der ADHS im Vorschulalter	86	2015
	- Leistungen von K&J mit AD(H)S in der WISC-IV. Der Nutzen einer Leistungsprofil-Analyse für die Diagnostik.	97	2016
	- Elterliche Belastung und die Zuverlässigkeit von Elternangaben in der Diagnostik psychisch u. verhaltensauffälliger K u. J	107	2017
Diverse (17 Artikel)	- Spätfolgen frühkindlicher Risikobelastungen für die motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung	6	2002
	- Psychische Auffälligkeiten von Kindern alkoholkranker Väter	7	2002
	- Aufmerksamkeitsstörungen nach Schlaganfällen im Kindesalter.	41	2008
	- Psychopharmaka für Kinder gestern und heute. (Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, PP-Therapie)	44	2009
	- Forschungsbericht (2003-2008), Kapitel zur ADHS (S. 250-265).	48	2009

	- Die Entwicklung der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Marburger Klinik	49	2009
	- Neue Medien und ihre Folgen für Kinder und Jugendliche (z.B. bez. Gesundheit, Spielsucht, schulische Leistung)	71	2013
	- Europäische Kinder- und Jugendpsychiatrie (gemeinsame Aufgaben, unzureichende Kooperation)	75	2013
	- Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Herausforderungen und Handlungsfelder)	76	2013
	- „All Inclusive?“ Möglichkeiten und Risiken der schulischen Inklusion aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie	88	2015
	- Inklusion – kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte	89	2015
	- Internationale Aspekte der Verankerung inklusiver Unterrichtskonzepte	90	2015
	- Ein inklusives Missverständnis. Warum die Dekategorisierung in der Verhaltensgestörtenpädagogik die Kooperation...	91	2015
	- Schulisches Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern mit und ohne sonderpädagogischen Förderbedarf.	92	2015
	- Was geht uns Schulvermeidung an? Ein Plädoyer für eine kritische Auseinandersetzung	95	2016
	- Schulabsentismus: Entwicklungen und fortbestehende Herausforderungen	96	2016
	- Psychopharmaka in den 1950ern – zur Verwissenschaftlichung einer Debatte	108	2017
Funktion/Leistung/Interaktion/ Lebensqualität (29 Artikel)	- Familiäre Interaktion (reziproke Zusammenhänge zw. Störungssymptomatik und Erziehungsverhalten)	1	1999
	- Soziale Kompetenzen im Schulumfeld	2	1999
	- Verhalten 8-jähriger HKS-Kinder in der Interaktion mit ihren Müttern (wechselseitige negative Verstärkung)	4	2001
	- Schlafstörungen und ADHS, Zusammenhänge zu Arousalstörungen, differentialdiagnostische Abgrenzung	9	2003
	- Schlafstörungen bei Kindern mit einer HKS, polysomnographische Untersuchungen zur Schlafstruktur und -architektur	19	2005
	- Altersabhängige Unterschiede in neuropsychologischen Leistungsprofilen (Daueraufmerksamkeit, Inhibitionsfähigkeit)	29	2007
	- Emotionsregulation am Beispiel von 23 Jungen (8-13), die sich über einen Freund ärgerten (Ärgerregulation)	32	2007
	- Die Bedeutung des Vorliegens einer ADHS bei Müttern für die Behandlung ihrer Kinder mit ADHS – Überblick	39	2008
	- ADHS bei Jungen im Kindesalter – Lebensqualität und Erziehungsverhalten (im Selbstbericht der Mütter)	46	2009
	- Computerspiele im Kindes- und Jugendalter unter besonderer Betrachtung von Suchtverhalten, ADHS und Aggressivität.	50	2009
	- ADHS und Straßenverkehr. Was gibt es in der Behandlung Jugendlicher mit ADHS zu beachten?	51	2009
	- Der Elternfragebogen «ADHS – Wissen und Behandlungsmotivation». Entwicklung und erste Ergebnisse.	53	2009
	- Komorbiditäten bei Autismus-Spektrum-Erkrankungen. Stand der Forschung und Aufgaben für die Zukunft.	58	2011
	- Temperament und soziale Reaktivität bei Autismus-Spektrum-Störungen und ADHS.	59	2011
	- Kognitive und emotionale Fähigkeit zur Empathie bei Kindern und Jugendlichen (Perspektivenübernahme)	60	2011
	- Inhibitionsfähigkeit von Jungen mit HKS des Sozialverhaltens (Einfluss sozialer und monetärer Belohnungen)	62	2011
	- Trends in Forschung und Praxis hinsichtlich ADHS und Störung des Sozialverhaltens	63	2011
	- Intellektuelle Fähigkeiten bei Jugendlichen mit früherer ADHS-Diagnose (Symptome, Komorbidität, Medikation)	64	2012
	- Intelligenzminderung und ADHS (Symptome, Psychopharmakotherapie)	65	2012
	- Defizitäre adaptive Emotionsregulation bei Kindern mit ADHS (Muster & Strategien zur Emotionsregulation)	66	2012
	- Kognitive Leistungen von Kindern mit ADHS (Einfluss komorbider Störungen, Defizite in der Arbeitsgeschwindigkeit)	68	2012
	- Neurodermitis und ADHS (Meta-Analyse aktueller epidemiologischer Studien)	70	2013

	- Was wird aus Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen? Ergebnisse der Langzeitforschung	77	2013
	- ADHS und das Ausmaß der elterlichen Stressbelastung bei mangelnder Spielfähigkeit im Säuglings- und Kleinkindalter.	78	2014
	- Die Komorbidität von Lernschwierigkeiten mit ADHS-Symptomen im Grundschulalter	87	2015
	- Expressed Emotion, Mutter-Kind-Beziehung und ADHS-Symptome im Vorschulalter	94	2015
	- Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten: Aktuelle Herausforderungen und Chancen	101	2016
	- Aufmerksamkeit und Leseleistung bei Kindern mit ADHS, Lese- und Rechtschreibstörungen und der komorbiden Störung	102	2016
	- Basic numerical processing, calculation, and working memory in children with dyscalculia and/or ADHD symptoms	103	2016
	- Häufigkeit des Behandlungsanlasses in der ambulanten Versorgung (1998-2001)	12	2004
	- Wirksamkeit von Neurofeedback in der Behandlung von ADHS	14	2004
Prävention/Behandlung/ Therapie/Versorgung (41 Artikel)	- Langanhaltende Wirkung eines neuen Methylphenidat-Präparats (Medikinet®-Retard)	15	2004
	- Wirksamkeit verschiedener Stimulanzien-Retard-Präparate (ÜA zu Wirksamkeit, Wirkdauer, Nebenwirkungen)	16	2004
	- Wirksamkeit eines verhaltenstherapeutisch orientierten Gruppentrainings für Eltern von Kindern mit einer HKS	17	2005
	- Wirksamkeit körperorientierter Therapieverfahren zur Behandlung hyperkinetischer Störungen	20	2006
	- Zytogenetische Veränderungen durch Methylphenidat? (unerwünschte Nebenwirkungen)	21	2006
	- Wirksamkeit und Verträglichkeit bei der Umstellung eines un-retardierten zu einem retardierten MPH-Präparat	22	2006
	- Fragliche kardinale Risiken der Stimulanzien-Therapie – Stellungnahme der drei Fachverbände (uw. Nebenwirkungen)	24	2006
	- Wirksamkeit eines manualgestützten Selbsthilfeprogramms bei externalen Verhaltensstörungen (Bibliotherapie)	27	2006
	- EEG-Veränderungen unter Methylphenidat – Pilotstudie (Krampfschwelle, keine pathologischen Veränderungen)	33	2007
	- Kommentar zu den Europäischen Leitlinien zum Einsatz langwirksamer Medikamente zur Behandlung der ADHS	34	2008
	- Langwirksame Medikamente zur Behandlung hyperkinetischer Störungen. Überblick (Teil 1)	35	2008
	- Langwirksame Medikamente zur Behandlung hyperkinetischer Störungen. Überblick (Teil 2)	36	2008
	- Wirksamkeit der Behandlung von ADHS mit mehrfach ungesättigten Fettsäuren (Omega 3- und Omega 6-Fettsäuren)	37	2008
	- Wirksamkeit psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung (u.a. auch bei ADHS)	38	2008
	- Aufmerksamkeitstherapie bei Kindern – Langzeiteffekte des ATTENTIONERS	40	2008
	- EKG-Ableitung bei Verschreibung von Methylphenidat – Gemäß Stellungnahme der EUNETHYDIS und des adhs-netzes	42	2008
	- Psychopharmakotherapie und Jugendhilfe	43	2009
	- Substanzgebundene Alternativen in der Therapie von ADHS (Wirkmechanismen & Evidenz alternativer Medikamente)	45	2009
	- Programm Zappelphilipp (Frühintervention bei delinquenten Kindern, Hometreatment, alternativer Behandlungsansatz)	54	2009
	- Medikamentöse Behandlungsalgorithmen bei ADHS unter Berücksichtigung spezifischer Komorbiditäten.	55	2010
	- Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS in Deutschland (StN., zentrales-adhs-netz)	56	2010
	- Neurofeedback-Training bei Kindern mit ADHS. Effekte auf Verhaltens- und neurophysiologischer Ebene.	57	2010
	- Training sozialer Fertigkeiten für Kinder mit ADHS (Konfliktmanagement, Emotionsregulation und Empathiefähigkeit)	61	2011
	- Zunahme der Häufigkeit medikamentöser Behandlungen (ethische Prinzipien, Interessenkonflikte)	67	2012
	- Die medikamentöse Behandlung der ADHS im Kindes- und Jugendalter mit Amphetaminpräparaten (Übersichtsarbeit)	69	2012

	- Zusammenhang von Therapeutischer Beziehung mit Symptomminderung und Behandlungszufriedenheit	72	2013
	- Kritische Diskussion des Beitrags „Zunahme der Häufigkeit medikamentöser Behandlungen“ (Nr. 67)	73	2013
	- Die Wirksamkeit neuropsychologischer Trainingsverfahren bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS (Übersichtsarbeit)	74	2013
	- Evaluation eines musikbasierten Konzentrationstrainings (MusiKo mit Pepe)	80	2014
	- Überprüfung der klinischen Wirksamkeit von Ginkgo biloba Extrakt EGb 761® (alternative medizinische Behandlung)	81	2014
	- Transkranielle Magnetstimulation (TMS), Inhibitionsprozesse und ADHS.	82	2014
	- Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Auswertung der KinderAGATE Datenbanken 2009–2012	84	2015
	- Achtsamkeitsbasierte Therapieverfahren bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	85	2015
	- Angeleitete Selbsthilfe für Eltern von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	93	2015
	- Effectiveness of the Prevention Program for Externalizing Problem Behavior in Preschoolers with [...] ADHD Symptoms	98	2016
	- Medikamentöse Behandlung in der KJP... zwischen ethischen sowie sozial- und haftungsrechtlichen Konflikten	99	2016
	- Zeitliche Trends bei den Häufigkeiten für ADHS und Stimulanzienbehandlung	100	2016
	- Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie	104	2017
	- Teilhabebeeinträchtigungen von Kindern mit Behinderung reduzieren	105	2017

3.2.2 Auswertung der inhaltlichen Strukturierung

Wie in Kapitel 3.2 erwähnt, erhebt die nachfolgend präsentierte inhaltliche Strukturierung nicht den Anspruch auf Vollständigkeit oder Eindeutigkeit. Diese beiden Kriterien sind für das weitere Vorgehen im Forschungsprozess nicht zwingend nötig (siehe Kap. 2.2). Die Artikel der Datenbasis lassen sich hingegen schematisieren und vier dominierenden Themenbereichen zuordnen (s. Abb. 1).

Die siebzehn der Rubrik „Diverse“ subsummierten Artikel greifen unterschiedliche Themen auf, sie können indirekt⁴² mit dem ADHS-Diskurs verschränkt sein. Sie wurden wegen zu erwartenden anderen informativen Mehrwerten⁴³ zur Datenbasis hinzugefügt.

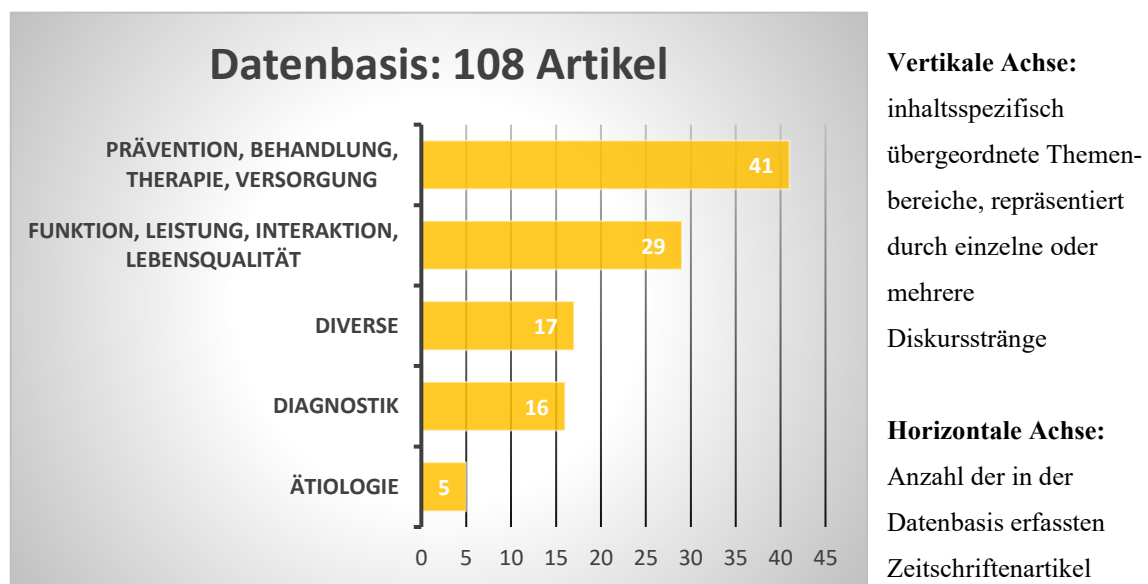


Abbildung 1: Rangfolge und Anzahl der erfassten Artikel nach übergeordneten Themenbereichen

Die Rangfolge in Abbildung 1 zeigt – wegen der zweimaligen Zusammenführung von vier Diskurssträngen zu einem übergeordneten Themencluster – eine relative Gewichtung der den jeweiligen Clustern zugeordneten Themenbereiche. Ungeachtet ihrer Relativität illustriert sie, wie die inhaltlichen Schwerpunkte der Artikel im Zeitraum von 1999 bis 2017 verteilt sind. Gemäß der Erwartung nehmen die *Interessengebiete der Psychiatrie* den größten Raum ein. So stechen die Themenbereiche „Behandlung“ und „Therapie“

⁴² Mit Ausnahme des ADHS-Kapitels im angeführten Forschungsbericht (Art. 48).

⁴³ Beispielsweise die zwei Artikel 44 und 45, die die Kinder- und Jugendpsychiatrie betreffende Aspekte aus einer historischen Perspektive beleuchten.

besonders heraus. Dem folgen Artikel, die über Defizite und Beeinträchtigungen berichten, die sich im Funktionsniveau und Wohlbefinden von ADHS betroffener Kinder und Jugendlicher und deren Interaktionsfähigkeit manifestieren und deswegen, laut einem dem klinischen Diskurs inhärenten Appell, einer therapeutischen Behandlung nicht entbehren sollten. Demgegenüber sind Artikel zu „Diagnostik“ und „Ätiologie“ der ADHS, entgegen der Erwartung, unterrepräsentiert. Dies überrascht deswegen, weil die Vehemenz der Aussagen zu diesen Themenbereichen in einem deutlichen Missverhältnis zu den erfassten Zeitschriftenartikeln steht und somit einer empirischen Grundlage entbehrt. Mit anderen Worten: *Die diesen beiden Diskurssträngen zugehörigen Aussagen kontrastieren mit der tatsächlich in diesen Bereichen geleisteten Forschung.* Kritische Stimmen⁴⁴ zum Ätiologieverständnis der Kliniker und zur Diagnosevalidität stammen denn auch hauptsächlich von Repräsentanten der psychodynamischen Schule sowie von anderen akademischen Disziplinen und Berufsfeldern, die mit Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS-Diagnose konfrontiert sind.

Im weiteren Verlauf werden die Inhalte der Artikel nach Diskursstrangposition kurz erläutert.

3.2.3 Artikelpositionierung, Charakterisierung und Quantifizierung

3.2.3.1 Prävention, Behandlung, Therapie und Versorgung

Die vier Diskursstränge „*Prävention*“, „*Behandlung*“, „*Therapie*“ und „*Versorgung*“, welche den größten übergeordneten Themencluster darstellen, ergeben sich aus insgesamt 41 Artikeln. Drei davon (12, 56, 104) beschäftigen sich mit (berufspolitisch motivierten) Mitteilungen und/oder Fragen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssituation in Deutschland, 24 Artikel (14, 15, 16, 17, 20, 22, 27, 35, 36, 37, 38, 40, 45, 54, 57, 61, 69, 72, 74, 80, 81, 82, 85, 93) informieren über die Wirksamkeit von

⁴⁴ In Stellungnahmen zu dem aktuellen Eckpunktepapier des *adhs-netzes* äußern sich folgende Verbände kritisch: Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (BKE), Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (BKJ), Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten e.V. (VAKJP), Bundesverband privater Träger der freien Kinder-, Jugend- und Sozialhilfe e. V. (VPK). Siehe bei „Unterstützungsabsagen“ auf der Webseite des zentralen ADHS-Netzes: Zuletzt abgerufen am 06. Januar 2020 von <http://www.zentrales-adhs-netz.de/ueber-das-netz/tatigkeit/eckpunktepapier-adhs-2016.html>

therapeutischen Behandlungsverfahren, die danach beurteilt werden, inwieweit durch eine Behandlung störungsspezifische Symptome reduziert werden und das Funktionsniveau individueller Leistung und sozialer Interaktion sich heben lässt. 18 von den eben angegebenen 24 Artikeln (15, 16, 21, 22, 24, 33, 34, 35, 36, 42, 43, 55, 56, 67, 69, 73, 99, 100) thematisieren speziell die Behandlung mit Stimulanzien, allen voran diejenigen, die den Wirkstoff Methylphenidat, aber auch solche, die andere Amphetaminpräparate enthalten. Überdies beschäftigen sich 3 Artikel (37, 45, 81) mit den Wirkmechanismen und einer möglichen Evidenz von alternativen Arzneimitteln. Fragen zur Häufigkeit der medikamentösen Behandlung (67, 100) und allenfalls damit kovariierender unerwünschter Nebenwirkungen (24) sowie Erhebungen von Symptomprävalenzen und ADHS-Verteilungsmerkmalen in Bezug auf Alter und Geschlecht (84) stellen weitere diesem Cluster integrierte Themen dar.

3.2.3.2 Funktion, Leistung, Interaktion, Lebensqualität

Die den vier Diskurssträngen „*Funktion*“, „*Leistung*“, „*Interaktion*“, „*Lebensqualität*“ subsumierten Artikel stellen den zweitgrößten übergeordneten Themencluster dar. Schon jeder Diskursstrang für sich impliziert, aufgrund seiner vielschichtigen Zusammenhänge zu den umfangreichen Themen „*Erziehung*“ und „*Bildung*“, viele *Interessengebiete der Erziehungswissenschaft*. Um den Forschungsgegenstand weiter einzugrenzen werden zur Beantwortung der Fragestellungen insbesondere diese vier Diskursstränge fokussiert.

Die Durchsicht der Zusammenfassungen der in diesem Bereich angesiedelten Artikel zeigt bereits in den Fragestellungen eine überzufällig häufige Assoziation von ADHS mit sozialen, kognitiven und emotionalen Defiziten auf. Übereinstimmend korrelieren diese Defizite negativ mit der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer sozialen Umwelt⁴⁵ (1, 2, 4, 39, 46, 59, 77, 78). Im Einzelnen werden störungsspezifische Zusammenhänge zu Schlafqualität (9, 19), Daueraufmerksamkeit und Inhibitionsfähigkeit (29, 62), (defizitäre) Fähigkeiten zur Emotionsregulation (32, 66), Empathie (60), kognitiver Leistung sowie intellektuellen schulischen Fähigkeiten (64, 68, 87, 96, 101, 102) untersucht. Thematisiert werden auch das Verhalten von ADHS-Betroffenen im Straßenverkehr (51), ihr potenzielles Risiko für Suchtverhalten, aggressives Verhalten und ein möglicherweise damit zusammenhängender Einfluss von Computerspielen (50). Zwei Artikel beschäftigen sich

⁴⁵ Siehe beispielsweise bei Merkt und Petermann (2015): Artikel 86 der hier analysierten Datenbasis.

speziell mit Interaktionsaspekten zwischen Müttern und von ADHS betroffenen Kindern (53, 94), ein Artikel mit der Komorbidität von ADHS und Autismus-Spektrums-Erkrankungen (58), einer mit Trends in Forschung und Praxis bezüglich ADHS und der Störung des Sozialverhaltens (63). In einem Artikel geht es um Zusammenhänge von ADHS und Neurodermitis (70), in einem anderen um Wesensmerkmale von ADHS und Intelligenzminderung im Hinblick auf Symptome und Psychopharmakotherapie (65).

3.2.3.3 Diverse

Die Rubrik „Diverse“ enthält einen Artikel (6), welcher über Spätfolgen frühkindlicher Risikobelastung für die Entwicklung im motorischen, kognitiven und sozial-emotionalen Bereich referiert. Die zugrundeliegende Studie zeigt, dass sich organische und psychosoziale Risikofaktoren nachteilig auf die Entwicklung von Kindern auswirken. Prä- wie auch perinatale Komplikationen beeinträchtigten vor allem motorische und kognitive Funktionen, während belastende familiäre Lebensverhältnisse die Entwicklung im sozial-emotionalen Bereich gefährdeten. Insgesamt wird frühkindliche Belastung generell mit *ungünstigen Entwicklungschancen* für das weitere Leben, insbesondere im schulischen Leistungsbereich in Zusammenhang gesehen. Die Wechselbeziehung zwischen psychosozialen Benachteiligungen und expansiven Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen wurden im Rahmen der Mannheimer Risikokinderstudie (Laucht, Esser & Schmidt, 2000) erforscht. Auf den Daten dieser prospektiven Längsschnittstudie basiert auch der nächste der Datenbasis hinzugefügte Artikel (7), der psychische Auffälligkeiten von Kindern alkoholkranker Väter thematisiert. Eine Originalarbeit (41) legt dar, wie Aufmerksamkeitsstörungen auch als Folge von Schlaganfällen im Kindesalter auftreten können. Sie zeigt nur ein Beispiel für die *ätiologische Vielfaltigkeit* in Bezug auf ADHS. Ein kurzer historischer Rückblick zum Einsatz psychotrop wirksamer Medikamente erschließt die aktuelle Bedeutung der Psychopharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter (44). 2016 wurde das Thema „Medikamentenstudien“, die bei Heimkindern und Patienten der Adoleszentenpsychiatrie in den Jahren von 1950 bis 1970 durchgeführt wurden, durch die Medien wiederentdeckt. Artikel 106 im Korpus reflektiert die Thematik aus einer wissenschaftlichen Perspektive. Der Datenbasis hinzugefügt wurde auch ein Forschungsbericht (48), der die fachspezifische Forschungsleistung in Deutschland im Zeitraum von 2003 bis 2008 fundiert erfasst. Danach belegen die Publikationen zu ADHS quantitativ den ersten Rang. Ein anderer hier aufgenommener Artikel (49) beleuchtet die Entwicklungsgeschichte der Deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, bei der die Marburger

Universitätsklinik in der Nachkriegszeit eine wesentliche Rolle spielte. Im Jahre 1958 wurde dort nämlich der erste Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Westdeutschland errichtet. Das in der 2. Ausgabe des 2013 erschienenen Journals informiert im Editorial (71) über die Folgen der neuen Medien für kognitive, soziale und emotionale Prozesse sowie deren Einflussnahme auf die Alltagsgestaltung der nachkommenden Generationen. Wegen des Verdachts, dass eine exzessive Nutzung der neuen Medien für mit ADHS assoziierten typischen Symptomen verantwortlich sein könnte (vgl. Türcke, 2012), wurde dieses Diskursfragment ebenfalls der Datenbasis hinzugefügt. Außerdem zwei weitere Editorials, die der 4. und 5. Ausgabe der zwei 2013 erschienenen Journals: Eines (75) weist auf die gemeinsamen Aufgaben der Europäischen Kinder- und Jugendpsychiatrie hin und stellt diesbezüglich eine unzureichende Kooperation fest. Den Anlass bot der „European Pact for Mental Health and Well-Being“, der erstrebt die Bedeutung der psychischen Gesundheit in den Mitgliedsländern besonders hervorzuheben. Dieses in Brüssel im Juni 2008 beschlossene Abkommen kam zustande kurz bevor die internationale Finanzkrise⁴⁶ ihren Höhepunkt erreichte und noch nicht abzusehen war, wie sie sich auf die psychische Gesundheit der Menschen auswirken würde. Folgen hätten sich später vor allem in Südeuropa gezeigt und in besonderem Masse Kinder und Jugendliche betroffen. Als Beispiele werden Einsparungen im Bereich der ärztlichen und psychologischen Versorgung, aber auch die hohe Jugendarbeitslosigkeit angeführt. Von den insgesamt fünf gesetzten Schwerpunkten, die die psychische Gesundheit der Menschen in den EU-Mitgliedstaaten fördern sollen, widmet sich einer der *Bekämpfung von psychischer Erkrankung bei sozial benachteiligten Jugendlichen*, was über intensivierete Bemühungen im Bereich der Bildung erreicht werden soll⁴⁷. Das andere Editorial (76) bezieht sich auf einen Plenarvortrag, der im Rahmen des XXIII. Kongresses der DGKJP 2013 in Rostock stattfand und veränderte Lebensbedingungen von Adoleszenten im Zeitalter des Internets, mehrschichtiger demographischer Entwicklungen, der Globalisierung und einer damit verbundenen Pluralisierung der Wertesysteme thematisiert. Auch hier werden Herausforderungen und Handlungsfelder hinsichtlich der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen thematisiert. Als gutes Beispiel hierfür gilt gewiss die Inklusionsdebatte.

⁴⁶ Im Internet bereitgestellt unter URL: <https://www.planet-wissen.de/gesellschaft/wirtschaft/boerse/pwie-finanzkrise100.html> [zuletzt abgerufen am 07. Januar 2020].

⁴⁷ „European Pact for Mental Health and Well-Being“: Im Internet bereitgestellt unter URL: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf [zuletzt abgerufen am 07. Januar 2020].

Dieser räumt die 4. Ausgabe im Jahre 2015 einen Schwerpunkt ein. Das Editorial (88) beginnt mit der *Diskussion von Möglichkeiten und Risiken der schulischen Inklusion aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Darauf folgen drei Übersichtsarbeiten, die das Thema „Inklusion“ weiter ausführen: Kinder- und jugendpsychiatrischen Aspekte (89) werden vertieft, internationale inklusive Unterrichtskonzepte (90) erörtert und ein Artikel (91) setzt sich kritisch mit der Auffassung von radikalen Inklusionsbefürwortern aus dem Kreise der „Verhaltensgestörtenpädagogik“ auseinander, die den Dialog ohne das einschlägige Fachvokabular der Kinder- und Jugendpsychiatrie („Dekategorisierung“) zu führen gedenken. Schließlich untersucht eine Originalarbeit (92), ob sich das Wohlbefinden von Schulkindern mit und ohne sonderpädagogischen Förderbedarf (SPF) in Integrationsklassen im Vergleich zum Wohlbefinden von Kindern in Regelklassen ohne SPF unterscheidet. Dazu werden Zusammenhänge von schulischem Wohlbefinden und emotionalen Problemen, Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivität und Interaktionsverhalten analysiert. Auch zum Thema „Schulvermeidung“ oder „Schulabsentismus“ finden sich zwei Publikationen aus dem Jahr 2016: Ein Editorial (95) und eine Übersichtsarbeit (96). Wie schon beim Thema „Inklusion“ zeigt sich hier erneut die Präsenz und das Interesse der Kinder- und Jugendpsychiatrie an pädagogisch und gesellschaftspolitisch relevanten Themen.

3.2.3.4 Diagnostik

Ein Themenbereich umfasst die dem Diskursstrang „*Diagnostik*“ zugeordneten Artikel. Der erste (5) diskutiert Befunde zu neurobiologischen Grundlagen der ADHS und von Tic-Störungen, die mittels der transkraniellen Magnetstimulation⁴⁸ entdeckt wurden. Der nächste (8) geht der Frage nach, ob der Verzicht auf die EEG-Diagnostik vor und während der Stimulanzienbehandlung mit Methylphenidat gefährlich oder gerechtfertigt ist. Diese Publikation erzeugte Resonanz: Einen kritischen Leserbrief (10) und seine Beantwortung (11). Ein weiterer Artikel (18) ergründet, ob sich die Aufmerksamkeitsdiagnostik bei klinisch auffälligen Kindern und Jugendlichen zur Differentialdiagnostik eignet. Als weitere Methode zur Förderung des diagnostischen Erkenntnisgewinns werden Fremdbeurteilungsbögen, die ADHS typische Symptome bei Kindern im Alter zwischen drei und sechs

⁴⁸ Eine häufig in den Neurowissenschaften oder in der medizinischen Behandlung eingesetzte Technologie, bei der mithilfe starker Magnetfelder Gehirnregionen (beispielsweise als Therapieoption) stimuliert oder gehemmt werden können.

Jahren aus Sicht ihrer Mütter (23) oder aus Sicht beider Elternteile, der Sicht von Erziehern in KITAS sowie von Pädiatern und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie (26) erheben, überprüft. Zwei Artikel beschäftigen sich mit Vorboten oder der Früherkennung von ADHS: im Kleinkindalter (30) und im Säuglingsalter (31). Im zeitlichen Abstand von drei Jahren folgen nochmals zwei Publikationen zur Evaluation von Fremdbeurteilungsbögen: Ein Elternfragebogen (47) und ein Fragebogen für das Urteil von Lehrern (52), der diesen hilft, ADHS-Symptome im Unterricht zu erfassen. Die im Vorfeld ihrer Veröffentlichung heiß diskutierte Modifikation der ADHS-Kriterien, die 2013 mit der fünften aktualisierten Ausgabe des DSM erschienen, werden ebenfalls in einem Artikel (79) erörtert. Hinweise für Diagnostik und Behandlung von „Hyperkinetischen Störungen“ liefern auch die AWMF⁴⁹-Leitlinien. Eine entsprechende Originalarbeit (83) untersuchte, ob und wie diese Leitlinien in der Praxis genutzt und welche Erfahrungen damit gewonnen werden. Eine Übersichtsarbeit (86) stellt verfügbare Fragebogen und klinische Interviews zur Diagnostik der ADHS im Vorschulalter zusammen und bewertet diese Bestandsaufnahme kritisch. Zuletzt beschäftigt sich ein Artikel (97) mit der Frage, ob Leistungsprofil-Analysen⁵⁰ der klinischen Diagnostik nützen.

3.2.3.5 Ätiologie

Einige der erfassten Artikel widmen sich dem Thema „Ätiologie“, womit ein weiterer Diskursstrang festgelegt ist. Die Ursachendiskussion sorgt sowohl im Inter- als auch im Spezialdiskurs⁵¹ fortgesetzt für heftige Kontroversen. Umso erstaunlicher ist es, dass im Zeitraum von 17 Jahren nur vier Artikel dazu publiziert wurden. Andererseits verweisen klinische Forscher wiederholt darauf, dass die Ursachenforschung besonders aufwändig sei, womit die unzureichende Forschungstätigkeit in diesem Bereich offenbar begründet werden soll.

Eine Originalarbeit (3) aus dem Jahre 2000 untersucht, ob es neurophysiologische Korrelate zu ADHS gibt und falls ja, welche ätiologische Bedeutung ihnen zukommt.

⁴⁹ AWMF steht für die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Website abgerufen am 30. April 2017 von <http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>

⁵⁰ Mittels neuropsychologischer Testverfahren werden etwa die Aufmerksamkeitsspanne, die Gedächtnisleistung und/oder die Verarbeitungsgeschwindigkeit beim Lösen von (Denk-)Aufgaben gemessen.

⁵¹ „Interdiskurs“ meint einen nicht-wissenschaftlichen, „Spezialdiskurs“ einen wissenschaftlichen Diskurs. Es handelt sich hierbei um Begriffe der KDA.

Gemäß einer in der klinischen Fachliteratur immer wieder rezipierten Hypothese besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen Müttern, die in der Schwangerschaft rauchen, und der Pathogenese einer ADHS⁵². Ein 2004 zu diesem Thema veröffentlichter Artikel (13) bestätigt diese Ansicht. Weiter beschäftigt sich ein Übersichtsartikel (25) mit dem Nutzen von Bildgebungsstudien, insbesondere der Magnetresonanztomographie (MRT). Die Möglichkeit in das menschliche Gehirn hineinzusehen und physiologische Veränderungen sowie funktionale Defizite bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS, Tic-Störungen und Zwangserkrankungen darzustellen, nährt die Hoffnung, die ätiologische Forschung neurobiologisch zu fundieren. Im letzten diesem Bereich zugeordneten Artikel (28), auch eine Übersichtsarbeit, werden die Ergebnisse von molekulargenetischen Untersuchungen erörtert.

⁵² In der aktuellen 9. Auflage des Lehrbuchs „Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen“ von Hans-Christoph Steinhausen (2019) wird Nikotinkonsum in der Schwangerschaft, trotz aufgetauchten Zweifeln an dieser Hypothese, weiterhin als möglicher ätiologischer Risikofaktor für ADHS angeführt.

4. Feinanalytische Untersuchungen

Das zentrale methodische Instrument neben der „Strukturanalyse“, das zum Vorgehen der KDA dazugehört, ist die „Feinanalyse“. Auch sie umfasst mehrere Arbeitsschritte und dient letztendlich der Ermittlung von typischen Aussagen. Während mittels der Strukturanalyse die Diskursstränge (Aussagenfelder) identifiziert und separiert wurden, um eine Entscheidungsgrundlage für die Auswahl von repräsentativen Diskursfragmenten⁵³ zu schaffen, werden über die Feinanalysen von ausgewählten Artikeln *die wiederkehrenden Aussagen zum Störungsbild und der dazugehörigen Störungssymptomatik* präzisiert und präsentiert. Das aktuelle Eckpunktepapier⁵⁴ zur Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS (2016), die Übersichtsarbeiten von Romanos und Jans (2014), Nissen (1974) sowie von Laufer, Denhoff und Solomons (1957; 2011) bilden hierfür die Untersuchungsgrundlage.

4.1 Die Hyperkinetische Impulsstörung

Zentrale Aussagen des klinischen Diskurses, welche die vorliegende Untersuchung den Diskurssträngen „Funktion“, „Leistung“, „Interaktion“ und „Lebensqualität“ zuordnet, sind in den ersten sechs, den Text einleitenden Abschnitten des Artikels von Laufer und Kollegen bereits enthalten⁵⁵.

Im Hauptteil des Artikels gehen die Autoren auf die Ergebnisse ihrer Studien mit der *Foto-Metrazol-Technik* ein. Diese neurophysiologische Untersuchungsmethode basiert auf einer Arbeit von Gastaut (1950). Bei dem Verfahren wird die Schwellendosis in

⁵³ Unter Diskursfragmenten sind diejenigen Artikel oder Textauszüge zu verstehen, die nach definierten Kriterien oder aussagekräftigen Argumenten für die Beantwortung von konkreten Fragestellungen geeignet erscheinen (vgl. Jäger, 2012).

⁵⁴ Das „Eckpunktepapier“ der Konsensuskonferenz des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung wurde am 29. Oktober 2002 erstmals veröffentlicht. 2016 erschien es in einer aktualisierten und überarbeiteten Fassung. Das Eckpunktepapier steht unter der Ägide des zentralen adhs-netzes, das 2003 mit Unterstützung der obenerwähnten Dienstabteilung des Bundesministeriums entstand. Die Leitungsgruppe dieses Netzwerks legte die Eckpunkte im Jahr 2010 in der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in einer Stellungnahme zur ADHS-Versorgungssituation in Deutschland (mit nahezu gleichem Inhalt) bereits dar (siehe Datenbasis: Artikel Nr. 56).

⁵⁵ Die Studien, auf die sich der Artikel bezieht, sind aus heutiger Sicht obsolet. Und weil primär Aussagen zum Störungsbild und zur Störungssymptomatik ermittelt und präsentiert werden sollen, bedarf es keiner vollständigen Feinanalyse des Artikels. Das Diskursfragment besteht also aus den ersten sechs Abschnitten.

Milligramm Metrazol pro Kilogramm Körpergewicht bestimmt, die, während der Proband visuell durch ein stroboskopisches Licht stimuliert wird, ausreicht, um im EEG Spitzenwertausschläge als auch myoklonische (rasche und unwillkürliche) Muskelzuckungen in den Unterarmen auszulösen. Diese experimentellen Studien intendierten der Frage nachzugehen, ob ein Zusammenhang zwischen einer *Dysfunktion des Zwischenhirns* und der Hyperaktivität besteht (Abs. 7). Ein zentraler Befund lautet: Durch die Schwellenwertbestimmung können Kinder mit oder ohne hyperkinetische Impulsstörung erkannt werden (Abs. 9). Der forschungspraktische Hintergrund, der diesem Befund zugrunde liegt, wird in den Abschnitten 10 bis 19 erörtert. Das zweite wichtige Ergebnis zeigt, dass die Foto-Metrazol-Schwellenwerte durch den Einsatz von Amphetaminen veränderbar sind. Laufer und Kollegen sehen dadurch ihre Annahme gestützt, dass die medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien erfolgsversprechend sei. Dies wird in den Abschnitten 20 bis 24 thematisiert.

Der Artikel schliesst mit einer kritischen Diskussion.

Die feanalytische Untersuchung⁵⁶ der drei Diskursfragmente geschieht alternierend durch Paraphrasieren und Zitieren von Wörtern, von Sätzen oder ganzen Abschnitten. Manchmal folgen kurze Kommentare, sie stellen spontane Einfälle zu Diskurssträngen, Diskursverschränkungen, Referenzbezügen und/oder Rhetorik dar.

4.1.1 Feinanalyse des Artikels von Laufer und Kollegen

Der erste Abschnitt (1-7) beginnt mit folgender Feststellung: Es sei schon länger bekannt und anerkannt, dass eine anhaltende Störung des Verhaltens charakteristischer Art infolge einer schweren Kopfverletzung, einer Entzündung des Gehirns und übertragbarer Krankheiten, wie etwa den Masern, bei Kindern festgestellt werden könne. Häufig sei ein Verhaltensmuster ähnlicher Art (auch) bei Kindern beobachtet worden, deren Anamnese keine der genannten eindeutigen klassischen (Krankheits-)Ursachen aufweise.

⁵⁶ Die dargelegten, teils kommentierten Artikelinhalte werden nach Vorgabe der KDA durch Zeilenangaben im Originaltext belegt. Dabei beginnt die Nummerierung der Zeilen jeweils auf der ersten Seite beim ersten Textabschnitt und setzt sich in absteigender Reihe fort. Auch die Abschnitte (abgekürzt als Abs.) sind im Analyseüberblick nummeriert.

Im Internet frei zugängliche Diskursfragmente bzw. Textauszüge finden sich im Anhang ab Seite 166.

1. Kommentar: Verhaltensstörungen können entweder organisch oder psychologisch bedingt sein. Damit wird auf ein zentrales Unterscheidungsmerkmal hingewiesen. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurden im Zuge der Industrialisierung zunehmend neurotische Erkrankungen unter dem Begriff der *funktionalen Störungen* diskutiert. Der damaligen Auffassung nach führten verschiedene Umweltbelastungen zu pathologische Reaktionen (siehe z.B. Ellenberger, 2005; Huguet, 1984).

Im zweiten Abschnitt (8-20) werden das Störungskonzept und der Störungsname⁵⁷ eingeführt. Die Störungssymptomatik inklusive der charakteristischen Symptome (Störungsbild) werden beschrieben. Hyperaktivität sei das auffälligste Symptom. Sie könne in früher Kindheit oder erst im fünften oder sechsten Lebensjahr beginnen. Weiter wird das Störungsbild durch eine kurze Aufmerksamkeitsspanne und eine begrenzte Konzentrationsfähigkeit charakterisiert, die sich insbesondere unter schulischen Bedingungen zeigen. Auch Unbeständigkeit⁵⁸ sei ein häufig vorkommendes Symptom: Beschrieben werden eine erhebliche Unvorhersehbarkeit (des Verhaltens) und große Leistungsschwankungen. Das Kind sei impulsiv und tue Dinge „Hals über Kopf“, ohne erkennbaren Vorsatz. Auch scheine es so, als wären diese Kinder nicht in der Lage, jegliche Verzögerung der Befriedigung ihrer Bedürfnisse und Ansprüche tolerieren zu können. Sie seien reizbar und explosiv, besäßen eine geringe Frustrationstoleranz.

2. Kommentar: Das dargelegte Störungskonzept fokussiert auf Defizite auf den Ebenen der Kognition, der Emotionen, des Verhaltens und der Leistung. Dementsprechend geht mit der hyperkinetischen Impulsstörung das Unvermögen einher, Impulse zu kontrollieren, Emotionen zu regulieren, Bedürfnisse zurückzustellen bzw. Belohnungen aufzuschieben. Die beschriebenen Einschränkungen nehmen das vorweg, was heute als gestörtes Sozialverhalten und hypermotorisch-kognitive Probleme bei der Bewältigung des Schulalltages mit der ADHS assoziiert wird. Das auffällige Verhalten wird aus einer

⁵⁷ „This pattern will henceforth be referred to as *hyperkinetic impulse disorder*“ (Laufer, Denhoff & Solomons 1957, S. 620).

⁵⁸ Im analysierten Artikel wird der Begriff „Variability“ verwendet (von mir sinngemäß mit Unbeständigkeit übersetzt). Da die Beschreibungen des hier analysierten Artikels sehr knapp ausfallen, habe ich zu allfällig offenen Fragen ergänzend den Artikel „Hyperkinetic Behaviour Syndrome in Children“ von Laufer und Denhoff (1957) konsultiert. Dort wird der Begriff „Variabilität“ auch im Sinn von Unberechenbarkeit gebraucht: „‘You can never tell which way the cat is going to jump. Sometimes he is good, sometimes bad.’ Grades in school may be variable also“ (S. 463).

Außenperspektive geschildert, wobei ausschließlich negative Folgen, die das hyperkinetische Syndrom mit sich bringt, Erwähnung finden. Die Frage, ob das defizitäre Verhalten der betroffenen Kinder auch von Eltern oder Lehrpersonen auf diese Weise eingeschätzt wurde, bleibt unbeantwortet.

Der dritte Abschnitt (21-28) führt die bereits erwähnten Aussagen zur begrenzten schulischen Leistungsfähigkeit weiter. Schwache Schulleistungen seien häufig ziemlich ausgeprägt. Die typischen Symptome würden ein Verhaltensmuster bedingen, das es dem Kind enorm erschwere, an der Arbeit im Schulzimmer teilzunehmen. Darüber hinaus existiere oft eine visuell-motorische Problematik, die, kombiniert mit den erwähnten anderen Schwierigkeiten, zu ungenügender Leistung beim Rechnen und Lesen führe. Beim Lesen und Schreiben kämen „Rückschritte“ häufig vor und die Handschrift sei meist unleserlich und uneinheitlich („crabbed and irregular“).

3. Kommentar: Die Akzentuierung des Defizitären wird auch in diesen Zeilen wieder deutlich. Das zeigt sich besonders in den vielen verstärkenden Wörtern (häufig, enorm, oft), welche das Gewicht der mit der Störung assoziierten Defizite unterstreichen.

Der vierte Abschnitt (29-33) legt dar, wie die Symptome, die die hyperkinetische Impulsstörung charakterisieren, dem von Rosenfeld und Bradley (1948) beschriebenen Verhaltensmuster ähneln, das eindeutig auf organischer Ursache beruhe und für das die Forscher sich schon vor mehr als 10 Jahren interessiert hätten.

4. Kommentar: Laufer, Denhoff und Solomons arbeiteten im Emma Pendelton Bradley Home in Providence, Rhode Island, unter Charles Bradley. Dass er von ihnen zitiert wird, ist nicht erstaunlich⁵⁹. Viel überraschender ist, dass die zitierte Arbeit den Erstickungstod im Kindesalter thematisiert, worauf der Titel der Arbeit von Bradley hinweist.

Im fünften Abschnitt (34-40) wird auf eine Studie (Frosch & Wortis, 1954) verwiesen, die ein der HKS⁶⁰ ähnliches Verhaltensmuster beschreibt, seine Charakteristik jedoch auf eine Dysfunktion im limbischen System (Hypothalamus) zurückführt.

⁵⁹ Auf die Zusammenarbeit und den Einfluss der Psychiater aus Rhode Island hat auch Smith (2012, S. 50) in seiner Arbeit hingewiesen.

⁶⁰ Die Abkürzung wird in diesem Kapitel auch für die „Hyperkinetische Impulsstörung“ verwendet. Im Allgemeinen steht „HKS“ für „Hyperkinetische Störungen“ oder „Hyperkinetisches Syndrom“.

5. Kommentar: Die im 1. Abschnitt bereits angedeutete Unterscheidung von organischen und psychologischen Ursachen wird hier konkretisiert, indem die Verhaltensanomalie als Folge einer Funktionsstörung im Kleinhirn und damit als mögliche ätiologische Erklärung in Betracht gezogen wird.

Im sechsten Abschnitt (41-54) wird eröffnet, dass alle für die HKS beschriebenen typischen Verhaltensmerkmale, egal ob einzeln oder in kombinierter Erscheinungsform, auch durch rein emotionale Ursachen bedingt sein können. Speziell die „Hypermotilität“ (bzw. „Hyperkinese“) könne den Abwehrmechanismen zugeordnet werden. Sie enthalte eine aggressive und eine sadistische Komponente und habe noch andere dynamische Auswirkungen. Der Artikel beziehe sich jedoch auf einen Gesamtsymptomkomplex (Syndrom), der zum Zeitpunkt seiner Entstehung scheinbar nicht mit irgendeinem bestimmten psychologischen Einfluss in Verbindung stehe, obwohl mit ihm gleichzeitig psychologische Auswirkungen und Folgekrankheiten einhergehen könnten. Details zu Differentialdiagnose, psychologischen Testergebnissen, Beobachtungen mittels der Elektroenzephalographie usw. würden in einem gesonderten Artikel behandelt werden.

4.1.2 Zusammenfassende Charakterisierung

Vorab zur Begründung, warum das von Laufer und Kollegen beschriebene Syndrom, die Hyperkinetische Impulsstörung, in der vorliegenden Dissertation als Vorläufer der heute mit ADHS assoziierten Symptomatik vorausgesetzt wird oder warum der Textausschnitt des Artikels der Psychiater aus Rhode Island als Diskursfragment dient. In der Literatur werden mehrere Vorläufer des Syndroms diskutiert. Nach dem zweiten Weltkrieg richtet sich der Blick der Psychiatrie hauptsächlich auf frühkindliche Hirnschädigungen (z.B. Göllnitz, 1954) als Ursache für problematische Verhaltensweisen. Bald darauf wird im klinischen Diskurs *auffälliges Verhalten als Funktionsstörung des Gehirns* thematisiert (z.B. Clements, 1966; Laufer, Denhoff, & Solomons, 1957; Lempp, 1964; MacKeith & Bax, 1963). Schließlich führte die Diskussion um das HKS dazu, dass 1968 erstmals eine entsprechende Störung unter dem Begriff „hyperkinetische Reaktion des Kindesalters“ im offiziellen amerikanischen Klassifikationsmanual zur Diagnostik von psychischen Störungen, dem DSM-II, erwähnt wurde. Vorher war die Krankheitswertigkeit einer als Vorgänger für ADHS diskutablen Störung offiziell nicht gegeben.

Nach Schmutz (2004) gab es vor 1963 keine Studien, die gegenwärtig verbreiteten Gütekriterien der klinischen Forschung genügen. Schmutz hat dargelegt, dass die erste

Studie, die neue methodische Standards für eine fortschrittliche psychiatrische Forschung definierte, 1963 von Eisenberg und Conners vorgelegt wurde. Erst in dieser Arbeit sei die Wirkung von Methylphenidat bei verhaltensauffälligen Kindern erstmals systematisch erforscht worden. Andere Beiträge von in der psychiatrisch-medizinischen Literatur als Pionieren dargestellten Experten, die das klinische Bild der ADHS bereits früh beschrieben⁶¹ hätten, genügen also aktuellen wissenschaftlichen Gütekriterien nicht und kommen darum als Diskursfragmente nicht infrage.

Professor Dr. med. Götz-Erik Trott führt in einer übers Internet zugänglichen Power-Point-Präsentation⁶² auf einer Folie unter dem Untertitel „Entwicklung einer differenzierteren Betrachtung der ADHS“ Gesell und Amatruda (1947), Göllnitz (1954) und Ounsted (1955) noch vor Laufer und Denhoff (1957) an.

Aufgrund der oben genannten Argumente und des Beitrags⁶³ von Smith (2012) erweist sich der Artikel von Laufer und Kollegen als bahnbrechende Beschreibung der ADHS-Symptomatik. Das von ihnen beschriebene Syndrom entspricht weitgehend dem Störungsbild von ADHS, wobei die zugehörige Symptomatik die kollektive Auffassung von ADHS-typischem Verhalten bis heute prägt.

Zusammenfassend kann darum festgehalten werden: Das im Artikel von Laufer und Kollegen beschriebene Störungsbild wird als Fachwissen in der klinisch-psychologischen und psychiatrischen Lehre bis heute tradiert. Die dadurch erlangte Deutungssicherheit zieht eine entsprechende Handlungspraxis nach sich.

Abschließend bleibt zu erwähnen, dass Laufer und Kollegen für diagnostische Zwecke und zur Behandlung von Patienten bereits medizintechnologische Instrumente eingesetzt haben. Ihre Arbeiten markieren somit den Anbruch der langen Suche nach Biomarkern, die bis in die Gegenwart fort dauert. Allerdings fehlen bis heute überprüfbare Ergebnisse oder Belege, welche die verschiedenen Theorien und Hypothesen zu ADHS empirisch stützen würden.

⁶¹ Im Anhang auf Seite 171 findet sich eine Tabelle, die den historischen Verlauf des HKS bis zur heutigen ADHS in der klinischen Fachliteratur exemplarisch aufzeigt (Quelle: Staufenberg, 2011, S. 46, 47).

⁶² Online verfügbar unter: <https://docplayer.org/36199586-Therapie-der-adhs-bei-erwachsenen-goetz-erik-trott-7-februar-2010.html> [abgerufen am 01. Februar 2020].

⁶³ Ausführlich dargelegt in Kapitel fünf der vorliegenden Arbeit.

4.2 Das hyperkinetische Syndrom im Kindesalter

4.2.1 Feinanalyse des Artikels von Gerhardt Nissen

Der erste Abschnitt⁶⁴ (1-9) weist auf Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung hin. Das HKS im Kindesalter stelle „eine *phänomenologische* Diagnose dar, die, wie so oft im psychischen und psychopathologischen Bereich, nur in ihren Extremvarianten gestellt werden kann, an denen sie ihre Eichung erfährt“. Es ließe sich nicht immer ohne Vorinformationen erkennen, deshalb seien präzisere Verhaltensbeschreibungen von Eltern und Lehrern unerlässlich.

6. Kommentar: Der Abschnitt informiert rein sachlich über Probleme des Aussagensbereichs „Diagnostik“ (Differentialdiagnostik). Nissen erachtet Informationen von Eltern und Lehrern für eine praxisrelevante Diagnosestellung als notwendig.

Im zweiten Abschnitt (10-18) wird „das hyperkinetische Verhalten“ bezüglich der Nomenklatur des Zusatzkataloges der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD) als viel gravierender eingestuft als Verhalten, das für andere Kinder- und Jugendpsychiatrische Verhaltensstörungen üblich ist. Das hyperkinetische Kind stelle „durch seine hektische und chaotische Betriebsamkeit sehr viel stärker als etwa das gehemmte, ängstliche, weglaufende oder dissoziale Kind einen Störfaktor dar, weil es bereits als Kleinkind den Lebenskreis der Erwachsenen schwer beeinträchtigt“. Aus diesem Grund sei es „kein Zufall“, dass im Zusatzkatalog der ICD hyperkinetisches Verhalten an erster Stelle genannt werde.

⁶⁴ Von der Kopfzeile bis zum Ende Schlüsselwörter sind es 68 Zeilen. Der Gestaltung des Artikels im Zeispaltendesign gemäß endet die Nummerierung bei der ersten linksstehenden Spalte unten und wird in der zweiten rechtsstehenden Spalte oben fortgeführt. An die Zusammenfassungen und Schlüsselwörter schließt der eigentliche Text an, der ebenfalls in zwei Spalten gegliedert ist.

Zur Durchführung der Feinanalyse, die sich am Beispiel von Jäger und Jäger (2007, S. 194 ff.) orientiert, beginne ich die Zeilenzählung beim ersten Textabschnitt von neuem mit der Ziffer 1. Der „eigentliche“ Text besteht dann, ohne die oben erwähnten 68 Zeilen, aus 291 Zeilen, gegliedert in 25 Abschnitte, abgefasst auf vier Seiten. Der Text enthält zwei Abbildungen. Auf die 291 Zeilen folgen ein kurzer „Nachtrag bei der Korrektur“, die Literaturangaben und die Anschrift des Autors, sie schließen den Artikel ab. Der Artikel wurde mir von der Zentralbibliothek Zürich auf Bestellung als PDF-Datei zugestellt. Im Anhang auf Seite 168 finden sich die Hinweise dazu, wie und wo der Artikel bestellt werden kann.

7. Kommentar: Hier werden eindeutige Ansichten zum Schweregrad der Störungssymptomatik und den negativen Folgen, die sie für das soziale Umfeld mit sich bringt, formuliert. Die Aussagen lassen sich einem der Diskursstränge „Leistung“, „Interaktion“ und/oder „Lebensqualität“ zuordnen.

Der dritte Abschnitt (19-36) erwähnt *soziologische Aspekte und Genderspezifika*. Solche Kriterien hätten bei der Festsetzung der Toleranzgrenze, die bei der Beurteilung des Schweregrades von verhaltensgestörten Kindern ins Gewicht fallen, „keine geringe Bedeutung“. So werde

Mädchen auch heute noch ein höheres Maß an Angstbereitschaft zugebilligt als Knaben, diesen hingegen ein größeres Quantum an Aggressivität. Es lässt sich nicht entscheiden, ob etwa Ängstlichkeit und XX- und Aggressivität und XY-Chromosomen in direkter Beziehung zueinander stehen; manche Beobachtungen aus der Tierpsychologie scheinen dafür zu sprechen. Für Kinder mit hyperkinetischen Syndromen ist jedenfalls auffallend, dass die für Verhaltensstörungen jeglicher Art in der ganzen Welt konstante Relation von $\frac{2}{3} : \frac{1}{3}$ zugunsten der Jungen hier noch eine weit stärkere Zahlenverschiebung erfährt. Nach unseren Erfahrungen liegt die Zahlenrelation etwa bei 4:1 zugunsten der hyperkinetischen Jungen (23-30).

8. Kommentar: Auch dieser Abschnitt wirkt de facto informativ. Allerdings lassen sich die Quantifizierung und der Vergleich mit anderen Verhaltensstörungen auch als eine Hervorhebung der HKS begreifen, die im späteren⁶⁵ Diskursverlauf auf eher strategische Absichten hinweisen. Die Quantifizierung des Schweregrades und der Befund zur weltweiten epidemiologischen Konstanz der HKS verleihen der Störung Exklusivität und Bedeutsamkeit, forcieren die mediale Beachtung und folglich auch *das Bekanntwerden des Phänomens* außerhalb des Fachdiskurses. So gehören die Kernaussagen, Jungen seien weitaus stärker von Hyperaktivität betroffen als Mädchen und entgegengesetzt würden Aufmerksamkeitsdefizite häufiger bei Mädchen auftreten als bei Jungen, längst zu den

⁶⁵ Der voranstehend analysierte Artikel von Laufer und Kollegen und der Artikel von Nissen sind sachlich formuliert und es scheint so, als wären beide Beiträge in erster Linie durch die wissenschaftlichen Interessen geleitet, das Phänomen zu verstehen und den Wissenstransfer zu gewährleisten. Demgegenüber weisen jüngere klinische Fachbeiträge, gerade bezüglich Kritik zum Störungskonzept, eine stärker polemisierende Rhetorik auf (z.B. Artikel Nr. 56).

im kollektiven Gedächtnis verankerten Grundannahmen im öffentlichen ADHS-Diskurs. Die alltägliche Wahrnehmung wird vermutlich auch durch diese „Potenzierung“ geleitet und *beeinflusst den Meinungsbildungsprozess* von Fachleuten, von Betroffenen und von sozialen Institutionen, hauptsächlich im Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesen, in der Politik und in der Familie.

Die Äußerung, es ließe sich nicht entscheiden, ob das Emotionserleben bzw. der Emotionsausdruck durch das Geschlecht oder Erbgut „in direkter Beziehung zueinander stehen“ und der zugehörige Verweis auf „manche Beobachtungen aus der Tierpsychologie scheinen dafür zu sprechen“, transportiert unterschwellig die im Fachdiskurs priorisierte und propagierte Aussage, ADHS sei genetisch determiniert. Besonders deutlich wird das in der Aussage über die weltweite geschlechtsspezifische Relation der Prävalenzraten.

Inhaltlich lassen sich die Aussagen und Äußerungen dieses Abschnitts den Diskurssträngen „Epidemiologie“, „Sozialisation“ und „Ätiologie“ zuordnen.

Der vierte Abschnitt (37-52) betont, dass die Klassifikation der Verhaltensstörungen im WHO-Schema *eine rein deskriptiv-phänomenologische Typisierung* zulässt. Im Hinblick auf die Therapie im Einzelfall scheint Nissen diese *nicht kausal orientierte*, pragmatisch-dynamische, rein deskriptiv syndromatische Zuordnung nicht zu genügen. Er propagiert demgegenüber ein Klassifikationsschema, welches die Einteilung in vier nosologische Gruppen⁶⁶ zulässt.

9. Kommentar: Der vierte Abschnitt schließt den *Einleitungsteil des Textes* ab. Vorgestellt wurde *Grundlagenwissen* zu hyperkinetischen Syndromen bei Kindern: Nämlich Schwierigkeiten, die Diagnostik und Klassifikation betreffen, Folgen, welche die Störung für das soziale Umfeld der Betroffenen mit sich bringt, störungsspezifische ätiologische und epidemiologische Aspekte.

Die beigeordnete Abbildung 2 leitet den *Hauptteil des Beitrages* ein und antizipiert dessen Inhalt. Den vier nosologischen Gruppen entsprechen Störungskonzepte, welche die Schlüsselwörter auf der ersten Seite des Artikels schon anführen: „Genetisch bedingte Hypermotilität“, „*Psychogene Hyperkinesien*“, „*Endogene Psychosen und Hyperkinesen*“, „*Minimale cerebrale Dysfunktion*“. Abbildung 2 differenziert: 1.0 erbgenetische [1.1 neuropathische, 1.2 psychopathische], 2.0 psychogene [2.1 frustrationsbedingte, 2.2

⁶⁶ Die zweite Abbildung im Text legt diese Gruppen oder Kausalfaktoren, wie es im Abbildungsbeschrieb heißt, dar (siehe im nachfolgenden 9. Kommentar).

neurotische], 3.0 endogene [3.1 katatone (schizophrene Psychose), 3.2 manische bzw. agitierte (affektive) Psychose], 4.0 somatische [4.1 frühkindliches exogenes Psychosyndrom, 4.2 postencephalitische Wesensänderung, 4.3 erethische Oligophrenie]. Entsprechend dieser Reihenfolge erläutern die Abschnitte 5 bis 15 die verschiedenen Störungskonzepte, die diesen Fachbegriffen zugrunde liegen.

Die Aussagen dieses Abschnitts lassen sich den Diskurssträngen „Ätiologie“, „Diagnostik“ und „Störungskonzepte“ zuordnen.

Der fünfte Abschnitt (53-80) thematisiert die Ätiologie. Konstitutionell-biologische versus umweltbedingte Faktoren werden differenziert. Die Priorisierung der biologischen Hypothese wird deutlich. So bestehe kein Zweifel „an der Realität einer *genetisch bedingten Antriebsüberschüssigkeit*, die sich psychisch und motorisch“ (53-55) manifestiere. Auch die Bezugnahmen auf Freud, der „unablässig auf die große Bedeutung konstitutioneller Determinanten für die Entstehung von Neurosen und Psychosen“ (59-61) hingewiesen habe, sowie auf Hartmann, der erkannt habe, dass „Motorik, Temperament und Intelligenz vorprogrammierte menschliche Eigenschaften sind“ (63-65), forcieren die genetische Hypothese. In Deutschland seien die Ergebnisse der modernen Humangenetik, wohl infolge der einst „skandalösen Überbewertung der Erblehre“, konsequent abgelehnt oder nicht akzeptiert worden. Hingegen hätten sich „schon in den letzten Jahren besonders in den USA die Stimmen [gemehrt], die einen großen Teil der bislang ausschließlich auf leichte Hirnschäden zurückgeführten hyperkinetischen Syndrome auf erbbiologische Verhaltensmuster zurückführen wollen“ (76-80).

Die vom sechsten bis zum siebzehnten Abschnitt (81-223) dargelegten Störungskonzepte sowie die mit ihnen verbundenen Definitionen, Vorstellungen und Aussagen sind bezüglich des aktuellen Forschungsstandes *größtenteils überholt* oder gehen die Fachbereiche Medizin und Psychiatrie an. Die kurzen Ausführungen dieser Abschnitte zeigen insbesondere das breite Feld der Implikationen und die *Heterogenität der Störungskonzepte*, die im historischen Kontext der Hyperaktivitätsstörung von Belang sind und auf den aktuellen klinischen Diskurs partiell immer noch einwirken.

Die Abschnitte sechs bis zehn (81-146) werden aus oben genannten Gründen von der Feinanalyse ausgenommen. Weiter geht es mit den Abschnitten elf bis dreizehn (147-185). Sie widmen sich erneut den im Diskurs weit verbreiteten Störungsfolgen, für die sich die vorliegende Arbeit besonders interessiert.

Die Abschnitte elf, zwölf und dreizehn werden wegen ihrer Aussagekraft gänzlich zitiert.

In Abschnitt elf (147-154) steht:

Diese extrem reizoffenen Kinder sind nicht imstande, unterschwellige Außenreize abzuwehren. Sie werden von Lehrern und Schülern als Klassenstörer und Faxenmacher abgewertet. Ihre aus der motorischen Unruhe und Konzentrationsschwäche resultierende soziale Desintegration werden⁶⁷ [!] meistens als milieureaktive Erziehungsschwierigkeiten mißdeutet [!] und die Eltern dafür verantwortlich gemacht.

10. Kommentar: Die mit der Störung assoziierten Symptome und Begleiterscheinungen vermögen eine zugleich erschreckende wie beschämende Vorstellung zu erzeugen. Welche Eltern, die um das Wohl ihres Kindes besorgt sind, würden nicht in Bedrängnis geraten, wenn sie erfahren, dass ihr Kind wegen seiner Hyperaktivität und Schwäche, die Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten, sowohl durch Mitschülerinnen und Mitschüler als auch durch Lehrpersonen diskriminiert wird?

Hier zeigen sich *typische Aussagen des klinischen ADHS-Diskurses*: Die Störungssymptomatik bedeutet für Betroffene häufig soziale Desintegration und involviert negative Konsequenzen auch für deren Eltern und soziales Umfeld. Der dritte Satz stützt in Bezug auf die Ätiologie wieder die biologisch-deterministische Hypothese, da er aussagt, dass die Ursache für die soziale Desintegration nicht milieureaktiv ist, darum auch nicht in den Verantwortungsbereich der Eltern fällt, sondern im Kind zu finden ist.

Abschnitt zwölf (155-164) *wiederholt und konkretisiert* die im voranstehenden Abschnitt geäußerten *Störungsfolgen* für Betroffene und deren soziales Umfeld:

Die Hyperkinese, die Sprunghaftigkeit und Unberechenbarkeit dieser Kinder geben Veranlassung zu ständigen Auseinandersetzungen mit der Umgebung, was zu einem verhängnisvollen sekundären Circulus vitiosus führt. Die Eltern fühlen sich durch das Versagen ihrer vermeintlich gesunden Kinder gekränkt. Die Lehrer lehnen diese Kinder als

⁶⁷ Grammatikalisch korrekt müsste hier „wird“ stehen, da sich das Verb auf soziale Desintegration bezieht. Der Begriff „Erziehungsschwierigkeiten“ wäre aus sprachästhetischer Sicht und auf der Bedeutungsebene im Singular stimmiger.

Klassenstörer ab und werden in ihrer Ablehnung durch die schwankenden sehr guten und schlechten Leistungen der Kinder bestärkt.

11. Kommentar: Die genannten Symptome, speziell diejenigen der „schwankenden“ Schulleistungen und des un stetigen Verhaltens, beschrieben schon Laufer und Kollegen als typische Störungsmerkmale, auch die negativen Wechselwirkungen mit dem sozialen Umfeld, zu denen die Symptomatik führt. Nissen verwendet dafür den Begriff „Circulus vitiosus“. Der folgende Abschnitt beschreibt diesen rückgekoppelten Aktions-Reaktionskreis.

Abschnitt dreizehn (165-185) *führt die* in den voranstehenden Abschnitten elf und zwölf referierten *Symptome von Neuem aus:*

Vergleichende statistische Untersuchungen haben übereinstimmend ergeben, dass Kinder mit einer minimalen cerebralen Dysfunktion wesentlich häufiger eine *sekundäre Neurose* entwickeln als hirngesunde Kinder. Die Ursachen dafür liegen einerseits in der Ablehnung dieser vehement bewegungsüberschüssigen Kinder (eine Mutter mit mehreren Kindern sprach von einem „Kuckuksei“, das man ihr quasi untergeschoben habe), andererseits in der gesteigerten Vulnerabilität dieser reizüberempfindlichen Kinder selbst, die infolge ihres komplexen Andersseins das familiäre Feld pathogen stimmten. Das heißt, das aus organischer Ursache integrationsunfähige Kind erregt durch sein auffälliges und störendes Verhalten Verfremdungseffekte, die bei den Eltern mit Schuldgefühlen oder Kränkungen des Selbstwerterlebens verbunden sind. So kommt es durch eine zunächst einseitige Übersteuerung zu einem rückgekoppelten Aktions-Reaktionskreis, aus dem das Kind sich niemals und meistens auch die Eltern sich nicht allein befreien können (165-158).

12. Kommentar: Während Abschnitt elf die biologisch-deterministische Hypothese andeutet, wird hier erstmals expliziert, dass „das Kind“ *aus organischer Ursache integrationsunfähig* sei. Dazu wird die Notwendigkeit einer therapeutischen Behandlung des Kindes und im Zweifelsfalle auch diejenige seiner Eltern impliziert. Die beschriebene Prädisposition für sekundäre Neurosen bei Kindern mit einer HKS bzw. die Vorstellung davon wird im aktuellen klinischen Diskurs unter Anwendung einer revidierten Terminologie aufrechterhalten. Heute geht die Psychiatrie davon aus, dass bei Kindern mit ADHS diverse „komorbide“ Störungen vorkommen. Damit sind Begleiterkrankungen

gemeint, die häufig mit einer Grunderkrankung einhergehen, differentialdiagnostisch sich aber klar von dieser abgrenzen lassen.

In den Abschnitten vierzehn bis siebzehn (186-223) werden speziell epidemiologische und differentialdiagnostische Implikationen im Kontext frühkindlicher Hirnschädigungen bzw. der sogenannten „minimalen cerebralen Dysfunktion“ diskutiert. Bezüglich der Fragestellungen der vorliegenden Dissertation sind diese Aspekte weniger relevant, die Abschnitte werden darum in der Feinanalyse nicht weiter berücksichtigt.

Mit Abschnitt siebzehn schließt der Haupt- bzw. Mittelteil des Textbeitrages ab. Der darauffolgende Schlussteil widmet sich den verschiedenen Behandlungsmethoden und Therapieformen.

Abschnitt achtzehn (224-232) wird wegen der Relevanz seiner Aussagen für den gegenwärtigen klinischen Diskurs ebenfalls als Ganzes zitiert:

Die Behandlung des hyperkinetischen Kindes ist, ihrer Polyätiologie entsprechend, mehrdimensional ausgerichtet. Seitdem wir durch die experimentellen Untersuchungen wissen, dass das Milieu die biologische Struktur des Gehirns bis in biochemische Bereiche so nachhaltig beeinflussen kann, wie das sonst nur für die erbbiologische Programmierung angenommen wurde, haben derartige modifizierte Behandlungsmethoden an Bedeutung gewonnen.

13. Kommentar: Entgegen den früheren Ausführungen im Text (*fünfter Abschnitt/Zeilen: 53-54, 59-61, 63-65, 76-80; elfter Abschnitt/Zeilen: 150-154*), die eine genetisch-biologische Determination des HKS priorisieren oder zu priorisieren scheinen, verweisen diese Äußerungen auf einen Widerspruch bezüglich der Aussagen zur Ätiologie. Diese Widersprüchlichkeit charakterisiert auch den aktuellen Diskurs. So äußern sich zum Beispiel von Aster, von Aster und von Aster (2014, S. 195) in ihren Kommentaren zum Artikel von Romanos und Jans (2014): „Der oft bemühte Terminus der ‚multifaktoriellen Bedingtheit‘ kann kaum glaubwürdig werden, wenn ein 80%-Anteil der genetischen Anlage und der Rest von 20% der Umwelt proportional zugeschrieben wird“. Im Gegensatz zu dieser heute verbreiteten Grundannahme zum Vorrang der Genetik verweist Nissen an dieser Stelle, im Hinblick auf Ätiologie und therapeutische Behandlung, gerade auf die Bedeutung des Milieus (Umwelt).

An dieser Stelle sei nochmals erwähnt, dass Nissen unter Polyätiologie die *Kausal-faktoren* versteht, die er im Beschrieb zur zweiten Abbildung nennt. Das sind die minimale cerebrale Dysfunktion (prä-, peri- und postnatale Hirnschäden, Encephalitis), erb-biologische (neuro- bzw. psychopathische) Kodierungen, psychogene Fehlentwicklungen (bedingt durch Hospitalismus oder eine neurotische Erkrankung) und endogene (schizo-phrene, manische) Psychosen.

In den Abschnitten neunzehn bis fünfundzwanzig (233-291) geht es um Behandlungsmöglichkeiten bezüglich des hyperkinetischen Syndroms. Angeführt sind heilpädagogische Maßnahmen, die psychomotorische Heilbehandlung, Psychotherapie, Spieltherapie, Einzel- und Gruppentherapie sowie eine medikamentöse Therapie. Wegen der Kürze der Abschnitte werden sie teilweise wieder als Ganzes zitiert.

Abschnitt neunzehn (233-237) ermisst den Zweck von *heilpädagogischen* Maßnahmen. Sie „können nicht darauf gerichtet sein, jedes Reglement fallen zu lassen, wodurch sie der Gefahr der Verwilderung und Verwahrlosung ausgesetzt würden, sondern den vorher kurzen Zügeln zugunsten der langen Leine aufzugeben“ (234-237).

Abschnitt zwanzig (238-247) knüpft direkt an den vorgehenden Abschnitt an:

Dafür eignet sich in erster Linie die *psychomotorische* Heilbehandlung, eine komplexe Methode zur Sinnesschulung und psychomotorischen Disziplinierung. Als unterstützende Maßnahmen empfehlen sich Sportarten mit stärkerem körperlichem Einsatz, die nach straffen Spielregeln gehandhabt werden (Handball, Korbball); auch Schwimmen und Judo haben spezielle Indikationen, ebenso – bei ausreichender musikalischer Begabung – das Erlernen eines Musikinstrumentes.

14. Kommentar: Musizieren und andere musische oder sportliche Aktivitäten sind generell entwicklungsfördernd, was wohl kein Pädagoge anzweifeln würde. Und doch führen Sparmaßnahmen im Bildungswesen in zunehmendem Masse zur Wegrationalisierung entsprechender Schulfächer. Das ist bedauerlich, denn Musik, Sport oder Fächer im gestalterisch-kreativen Bereich fördern kognitive, emotionale und soziale Kompetenzen und wirken dadurch präventiv. Es stellt sich die Frage, ob zwischen dem Abbau solcher Bildungsangebote einerseits und der zunehmenden Inanspruchnahme von therapeutischen Behandlungen und pädagogischen Förder-

maßnahmen andererseits ein Zusammenhang besteht. Falls das zutreffen würde, wäre das Argument der finanziellen Einsparungen neu zu erwägen.

Abschnitt einundzwanzig (248-255) klärt über die Bedingung der Psychotherapie auf:

Psychotherapie i.e.S. ist dort notwendig, wo die neurotische Fehlentwicklung die organisch fundierte Hyperkinese so stark überlagert hat, daß [!] sie durch die Beratung der Eltern nicht abgebaut werden kann. Hier kommen altersadäquate Techniken der Spieltherapie, der Einzel- und Gruppenbehandlung und bei größeren Kindern verbale Therapiemethoden in Betracht.

15. Kommentar: Psychotherapie ist demnach v.a. zur Behandlung von komorbiden Störungen indiziert. An dieser Auffassung hat sich bei den Autoren des aktuellen ADHS-Eckpunktepapiers bis heute nichts geändert.

Abschnitt zweiundzwanzig (256-262) informiert über die Indikation einer Behandlung mit Psychopharmaka:

Eine *medikamentöse Therapie* kommt bei verhaltensgestörten Kindern erst dann in Betracht, wenn andere Behandlungsmethoden versagten. Durch eine medikamentöse Behandlung wird das Kind allzu leicht als krank abgestempelt, damit aber die Eltern der Verantwortung und Mithilfe bei der weiteren Betreuung enthoben.

16. Kommentar: Nissen scheint im Zusammenhang mit einer Pharmakotherapie eine Art Stigmatisierung von Betroffenen und eine Entbindung der elterlichen Verantwortung zu befürchten. Mit der Betonung der genetischen Hypothese sind die Eltern heutzutage entlastet und die Pharmakotherapie erscheint wohl mehr denn je als ein Segen, wenn man die Befürworter der Enhancement-Debatte, die in diesem Zusammenhang von Chancengerechtigkeit sprechen, als Beispiel nimmt.

In Abschnitt dreiundzwanzig (263-275) äußert sich Nissen kurzgefasst über die Wahl des geeigneten Medikaments und dessen Dossierung, was bei der Psychopharmakotherapie „oft von ausschlaggebender Bedeutung“ sei.

17. Kommentar: Die Medikamenteneinstellung ist auch heute ein zentrales Problem der Psychiatrie. Die Aussage von Nissen bleibt äußerst aktuell.

Abschnitt vierundzwanzig (267-282) bezieht sich auf die Handhabung von Stimulanzen in den Vereinigten Staaten von Amerika:

In den USA wird seit Jahrzehnten fast routinemäßig eine Behandlung mit stimulierenden Drogen, etwa Methylphenidat und Amphetamin durchgeführt. Diese Medikamente als ‚Aufputzmittel‘ und in der Drogenszene als ‚speed‘ bekannt, entfalten in kleinen Dosen bei diesen Kindern eine oft überraschend günstige [sic!] günstige Wirkung.

Abschnitt fünfundzwanzig (283-291) kommentiert die Wirkung der Stimulanzen speziell im Hinblick auf die ungünstige Entwicklungsprognose von Kindern mit einer HKS:

Etwa die Hälfte der Kinder spricht auf diese Medikamente relativ gut an, während die andere unbeeinflusst bleibt. In Deutschland und in den skandinavischen Ländern steht man im Gegensatz zur Schweiz und anderen europäischen Ländern einer langjährigen Behandlung solcher Kinder mit großer Reserve gegenüber; eine Einstellung, die sich im Hinblick auf die sehr ungünstige Entwicklungsprognose dieser Kinder jedoch auch bei uns zu lockern beginnt.

18. Kommentar: Die Aussage, eine unbehandelte ADHS gefährde die Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen, ist ein zentrales Argument, wodurch viele Behandlungsmöglichkeiten an Legitimität gewinnen. Es scheint plausibel, dass in einer Gesellschaft, die Leit motive wie Leistung und Funktionalität als höhere Ziele propagiert, auch die Hemmschwelle zur Stimulanzientherapie bei Kindern zunehmend überwunden wird.

4.2.2 Abschnittsanalyse im Überblick

1. Nissen informiert über die *Einordnung des HKS* in den Bereich der phänomenologischen⁶⁸ Diagnosen und betont wie schwierig es bei solchen Diagnosen sei, die Symptomatik eindeutig als pathologisch zu erkennen und eine Diagnose zu stellen. Dementsprechend seien genaue Verhaltensbeschreibungen von Eltern und Lehrern dafür unerlässlich.

⁶⁸ Eine phänomenologische Diagnose basiert auf der Charakterisierung von Symptomen und Symptomverbunden (Syndromen) gemäß den beiden Klassifikationssystemen ICD oder DSM.

2. Das HKS wird⁶⁹ als *schwerwiegendste aller Kinder- und Jugendpsychiatrischer Verhaltensstörungen* bewertet, weil das damit assoziierte Verhalten bereits im Kleinkindalter „den Lebenskreis der Erwachsenen schwer beeinträchtigt“ (17-18).
3. *Soziologische bzw. epidemiologische Aspekte und Genderspezifika und deren Einfluss* bei der Festsetzung der Toleranzgrenze, die bei der Beurteilung verhaltensgestörter Kinder ins Gewicht fallen würden, werden erwähnt. Implizit wird die „Anlage-Umwelt-Debatte“ aufgegriffen und hinsichtlich der Ätiologie der Vorrang der „Anlage“ angedeutet.
4. *Fortsetzung und Ergänzung von Abs. 1.* Das HKS basiere auf einer rein deskriptiv phänomenologischen Einteilung (Wiederholung). Nissen beurteilt diese „pragmatisch-dynamische Betrachtungsweise“ (42) als unzureichend und stellt ein *ergänzendes nosographisches Klassifikationsschema* vor.
5. *Wiederaufnahme und Verstärkung von Abs. 3.* Die „Anlage“ und deren *Relevanz bezüglich der Ätiologie* wird nochmals priorisiert.
6. bis Abs. 10. behandeln explizit *medizinhistorische und psychiatrische Implikationen* zum HKS.
11. Nissen führt *typische Störungsfolgen für Betroffene, deren Eltern und soziales Umfeld an*. *Die Symptomatik bewirke soziale Desintegration, die meistens als milieureaktive Erziehungsschwierigkeit missdeutet werde* (implizite Priorisierung der „Anlage“), wofür die Eltern (unberechtigterweise) verantwortlich gemacht würden.
12. *Fortsetzung und Ergänzung von Abs. 11. Störungsfolgen für Betroffene und deren soziales Umfeld* werden wiederholt und weiter konkretisiert. Dazu wird der *Kränkungsaspekt* für die Eltern infolge des Versagens ihrer Kinder eingeführt. Dabei deutet der Begriff „Circulus vitiosus“ zirkuläre Interaktionsaspekte und deren negative Folgen an.
13. *Fortsetzung, Ergänzung und Konsolidierung*⁷⁰ der Inhalte von Abs. 11. und 12. Zunächst wird der Begriff „Circulus vitiosus“ erläutert. Es handle sich dabei um einen *rückgekoppelten Aktions-Reaktionskreis*, bei dem das „hyperkinetische“ Verhalten

⁶⁹ In Bezug auf den von der WHO herausgegebenen Zusatzkatalog zum ICD 9 (siehe Abb. 1 im Text von Nissen).

⁷⁰ Zur Stützung der Aussagen im elften Abschnitt verweist Nissen auf vergleichende statistische Untersuchungen zur Minimalen Cerebralen Dysfunktion (MCD), einer obsoleten Störungskonzeption der HKS. Die thematisierten Störungsfolgen spielen im aktuellen klinischen ADHS-Diskurs jedoch nach wie vor eine bedeutende Rolle.

negative Reaktionen des Umfeldes provoziere, die wiederum negativ auf das Selbstbild und die Symptomatik der Betroffenen zurückwirken. In diesem Abschnitt wird *erstmalig klar benannt*, dass die mit der Störung einhergehende „Unfähigkeit“, sich zu integrieren, auf organischer Ursache beruht. Nissen zählt in diesem Abschnitt auch einige bisher nicht erwähnte mit dem HKS assoziierte Symptome auf (gesteigerte Vulnerabilität und Reizüberempfindsamkeit) und wiederholt einzelne wohlbekannte Symptome (wie auffälliges und störendes, vehement bewegungsüberschüssiges Verhalten). Zudem stimme das komplexe Anderssein dieser Kinder das familiäre Feld pathogen. Den Abschnitt schließend konstatiert Nissen, dass sich das kranke Kind niemals und meistens auch die Eltern nicht alleine aus dieser Situation mit der reziproken Problematik befreien könnten, was eine psychotherapeutische Behandlung indirekt nahelegt.

14. bis Abs. 17. behandeln *epidemiologische und differentialdiagnostische Aspekte* im Kontext frühkindlicher Hirnschädigungen bzw. der sog. „minimalen cerebralen Dysfunktion“.

18. Nissen informiert: *Entsprechend der Polyätiologie des HKS sei auch seine Behandlung mehrdimensional ausgerichtet* (224-226).

Diese Aussage weicht ab von der bislang im Hinblick auf die Ätiologie favorisierten biologischen Hypothese. Nissen verweist auf Studien, die zeigten, dass das Milieu die biologische Struktur ebenso wie die erbbiologische Programmierung nachhaltig beeinflussen könne (vgl. 227-230).

19. Nissen informiert in einem Satz über das Ziel von *heilpädagogischen* Maßnahmen, die nicht darauf gerichtet sein können „jedes Reglement fallen zu lassen“ (vgl. 234-237). Die Interventionen sollen einen geeigneten Radius finden, der sowohl Autonomiebedürfnis als auch soziale Verbindlichkeit einbezieht (sinngemäß).

20. *Fortsetzung von Abs. 19.* Nissen konstatiert, dass vor allem die *psychomotorische Heilbehandlung* (Sinnesschulung und psychomotorische Disziplinierung) indiziert sei und empfiehlt als *unterstützende Maßnahmen* „Sportarten mit stärkerem körperlichem Einsatz, die nach straffen Spielregeln gehandhabt werden“ (242-243) und „– bei ausreichender musikalischer Begabung – das Erlernen eines Musikinstrumentes“ (246-247).

21. Nissen informiert über die *Indikation und Möglichkeiten von Psychotherapie i.e.S.*

22. Nissen informiert über die *medikamentöse Therapie und vertritt diesbezüglich eine eher reservierte Haltung.*

23. *Fortsetzung und Ergänzung von Abs. 22.* Nissen betont, dass die Wahl eines geeigneten Medikamentes und seine Dosierung oft ausschlaggebend für den Behandlungserfolg ist.
24. *Fortsetzung und Ergänzung von Abs. 23.* Nissen informiert: In den USA werde die Behandlung mit Stimulanzen bei Kindern fast routinemäßige durchgeführt, kleine Dosierungen erzeugten eine oft überraschend günstige Wirkung (vgl. 276-282).
25. *Fortsetzung und Ergänzung von Abs. 24.* Nissen informiert: Ungefähr die Hälfte der Kinder spreche relativ gut auf diese Medikamente an, die andere Hälfte bleibe unbeeinflusst. Die *ungünstige Entwicklungsprognose von Kindern mit einer HKS* trage dazu bei, dass sich die in einigen Ländern noch verbreitete reservierte Haltung gegenüber einer langjährigen Behandlung solcher Kinder zu lockern beginne (vgl. 283-291).
26. „Nachtrag bei der Korrektur“⁷¹: Diese Medikamente würden inzwischen der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) vom 21.1.74 unterliegen; es dürften an einem Tag jeweils nur 200mg verschrieben werden (292-295).
27. Literaturangaben
28. Anschrift des Text-Urhebers Prof. Dr. Gerhard Nissen, Direktor der „Städtischen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Wiesengrund“ (D).

Es zeigt sich eine dreiteilige Gliederung des Textes entsprechend dem klassischen Schema:

1. **Einleitung** (Abs. 1-4): Informiert kurzgefasst über Grundlagen der HKS bei Kindern, Probleme der Diagnostik und Klassifikation, Auswirkungen für Betroffene und das soziale Umfeld sowie über störungsspezifischen ätiologische und epidemiologische Aspekte.
2. **Hauptteil** (Abs. 5-17): Führt Vorstellungen zur Ätiologie aus und beleuchtet Erkenntnisse zur Neuropathie, zur psychogenen Hyperkinesie, endogenen Psychose, minimal cerebralen Dysfunktion.
3. **Schluss** (Abs. 18-25): Informiert kurz über multimodale Behandlungsformen, wie Heilpädagogik, Physiotherapie, Psycho- und Pharmakotherapie. Die Ausführungen zur Pharmakotherapie nehmen den meisten Raum ein (4 Abschnitte).

⁷¹ Ein zusätzlicher Vermerk in kleinerer Schrift als der Haupttext („Kleingedrucktes“).

4.2.3 Zusammenfassende Charakterisierung

Der Artikel von Gerhardt Nissen erschien 1974 in der *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, ein offizielles Publikationsorgan der Pädiatrie, das aktuelles Wissen für Fachpersonen bereitstellt. Es ist darum davon auszugehen, dass der Leserkreis über medizinische Grundlagenkenntnisse verfügt. Wahrscheinlich deshalb ist der Artikel weitestgehend frei von Argumentationsstrategien, Euphemismen und Kollektivsymbolen. Die Publikation informiert die Fachwelt. Dabei zeichnet sich der Artikel durch einen nachvollziehbaren klaren Aufbau sowie eine inhaltlich stringente und kohärente Struktur aus. Dies dient der Lesbarkeit des Fachartikels, der auch inhaltlich plausibel wirkt.

Die Einleitung, bestehend aus den ersten vier grafisch markierten Abschnitten, informiert über Grundlagen der HKS im Kindesalter. Der sich über dreizehn Abschnitte erstreckende Hauptteil umfasst knapp den damaligen Stand der Forschung. Die letzten acht Abschnitte, die den Schlussteil bilden, informieren über multimodale Behandlungsmöglichkeiten.

4.3 Das Eckpunktepapier des zentralen ADHS-Netzes

Das Eckpunktepapier umfasst 13 Standpunkte, die jeweils, als in Fettdruck hervorgehobener erster Satz, einen von 13 Abschnitten einleiten. Diese Darstellung erweckt durch die Hervorhebungen den Anschein, als würden die Kernaussage eines Abschnitts in diesem ersten Satz bereits präsentiert. Die Feinanalyse hat dagegen gezeigt, dass dies nicht notwendigerweise der Fall ist, sondern einzelne Aussagen sich genauso in inhaltlichen Ergänzungen oder konkretisierenden Äußerungen verbergen können.

Das Eckpunktepapier⁷² ist eine überarbeitete und aktualisierte Fassung des im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe erarbeiteten Schriftstücks, welches die Ergebnisse zur Verbesserung der Versorgung von ADHS Betroffenen in Form von Eckpunkten im Jahr 2002 zum ersten Mal veröffentlichte.

4.3.1 Feinanalyse des Eckpunktepapiers

Im ersten Abschnitt (1-21) wird gleich klargestellt, dass ADHS eine (spezifische) psychische Störung sei, die bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen auftreten könne. Die Symptome äußerten sich vor allem auf der kognitiven und auf der Verhaltensebene und mit der Störung gingen *erhebliche Belastungen und Beeinträchtigungen* einher.

Die Charakteristik der Merkmale und Kernsymptome könnten über den Lebenslauf sowie zwischen den verschiedenen Altersbereichen variieren und in unterschiedlicher Kombination in Erscheinung treten. Sie seien „jedoch in mehreren Lebensbereichen (Familie, Schule, Beruf, Freizeit) zu beobachten“ (10-11).

Für die Betroffenen bringe eine ADHS deutliche Belastungen und Beeinträchtigungen in zwischenmenschlichen Beziehungen, für die schulische und berufliche Leistungsfähigkeit und bezüglich der Möglichkeiten zur Teilhabe in den verschiedenen Lebens-

⁷² Das dieser Untersuchung zugrunde liegende Diskursfragment entstammt dem *ADHS Report* (Ausgabe 55, 16. Jg., 2016). Neben Hintergrundwissen zur Entstehung des *adhs-netzes* und den Eckpunkten zur Versorgung von Menschen mit ADHS enthält der Report weitere Informationen zu Störungsbild und Störungssymptomatik sowie zu Therapiemöglichkeiten und Therapieprogrammen. Diese Informationen sind nicht Gegenstand der Analyse. Als Ausgangspunkt der Zeilennummerierung wurde deshalb der erste Abschnitt (erster Standpunkt) gewählt. Die Textgrundlage bzw. das Diskursfragment findet sich im Anhang auf Seite 169. Zum ADHS Report mit den Eckpunkten führt folgender Link: <https://nanopdf.com/download/neue-eckpunkte-des-zentralen-adhs-netzes-das-zentrale-adhs-netz.pdf> [zuletzt abgerufen am 01. März 2020].

bereichen mit sich, weshalb die psychische Störung in allen Lebensaltern *behandlungsbedürftig* sei.

In Abschnitt zwei (22-30) wird dargelegt, dass die ADHS häufig auftrete, bei Kindern und Jugendlichen mit etwa 3 % bis 6 %, bei Erwachsenen mit etwa 3 %, chronisch verlaufen könne und die Symptomatik bei vielen Betroffenen bis weit ins Erwachsenenalter hinein persistiere.

Der dritte Abschnitt (31-44) zeigt auf, dass weitere wissenschaftliche Forschung wichtig ist: „Über die Ursachen von ADHS liegen empirisch gut gesicherte Erkenntnisse vor, die weitere Erforschung der Ursachen ist jedoch notwendig“ (31-34). *Die Entstehung von ADHS sei zum größten Teil auf genetische Ursachen zurückzuführen, Umweltfaktoren seien auch beteiligt.* Dabei wird auf die Notwendigkeit weiterer ätiologischer Forschung mit einer Begründung hingewiesen: „Wie bei allen psychischen Störungen und bei vielen körperlichen Erkrankungen sind auch bei ADHS die Ursachenzusammenhänge jedoch noch nicht abschließend geklärt“ (40-43).

Abschnitt vier (45-73) engagiert sich für die Vertrauenswürdigkeit der Diagnose. Wie bei allen psychischen Störungen zeichne sich auch eine ADHS durch ein typisches Muster von mehreren verbundenen Einzelsymptomen aus, die in unterschiedlich starker Ausprägung auftreten könnten:

Bei diesen Symptomen gibt es einen fließenden Übergang zu Normvariationen, wie dies bei psychischen Störungen immer und auch bei körperlichen Erkrankungen nicht selten der Fall ist. ADHS kann aber von Normvariationen durch die Zahl und die Schwere der Symptome und die damit einhergehende, deutliche Beeinträchtigung meist in mehreren Lebensbereichen abgegrenzt werden. In Einzelfällen kann, wie bei vielen psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen, die Differentialdiagnostik und Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen oder auch zur Normvariation schwierig sein. Insbesondere die differentialdiagnostische Abgrenzung zu anderen Störungsbildern sowie die Diagnostik assoziierter, psychischer Störungen bedürfen besonderer Expertise. Auch die ADHS mit vorherrschend unaufmerksamem Erscheinungsbild, das gehäuft beim weiblichen Geschlecht auftritt, kann differentialdiagnostisch schwer abzugrenzen sein. Insgesamt lässt sich ADHS mit gleicher Sicherheit und Verlässlichkeit, wie andere psychische Störungen, diagnostizieren (51-73).

19. Kommentar: Der zitierte Abschnitt enthält in berufspolitischer Hinsicht zwei bedeutungsvolle Aussagen: 1. ADHS ist ein valides Störungsbild, 2. die Diagnostik bedarf besonderer Expertise. Auch die mittlerweile bekannte Aussage, das Erscheinungsbild des unaufmerksamen Kindes oder Erwachsenen komme häufiger bei Mädchen oder Frauen vor, begegnet uns hier wie beiläufig in Form eines eingeschobenen Satzes.

In Abschnitt fünf (74-87) wird die Bedeutung präventiver Maßnahmen hervorgehoben. „Mehrere, auch im deutschen Sprachraum entwickelte Interventionsprogramme haben sich in der Prävention von expansiven Verhaltensauffälligkeiten, einschließlich von ADHS-Symptomen, bewährt und Studien belegen, dass sich ADHS-Symptome und assoziierte Auffälligkeiten durch psychosoziale Interventionen stabil vermindern lassen (indizierte Prävention)“ (77-84). Dementsprechend wird die systematische Implementierung von evidenzbasierten Programmen für Kinder im Vorschul- und Schulalter gefordert.

20. Kommentar: Die drei zitierten Publikationen gehen aus dem Forscherkreis der Autoren (selbst zentrale Akteure im klinischen ADHS-Diskurs) hervor. Sie evaluieren das „Präventionsprogramms für expansives Problemverhalten (PEP) auf das elterliche Erziehungsverhalten und auf das kindliche Problemverhalten“.

Der sechste Abschnitt (88-125) legt die Vorteile eines *multimodalen Therapieansatzes* dar, der sich bei der Behandlung von psychischen Störungen bewährt habe. Dabei handle es sich um „eine Kombination verschiedener, individuell angepasster Behandlungskomponenten“ (90-92), die etwa aus „verhaltenstherapeutisch fundierten Behandlungen im Einzel- und Gruppensetting (im Kindes- und Jugendalter, einschließlich Elternt raining und Interventionen im Kindergarten und in der Schule)“ (93-97) bestehen können. Als wesentlicher Baustein für die Behandlung von ADHS habe sich „besonders die pharmakologische Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen als wirkungsvoll erwiesen“ (97-99). Sie sei allerdings „nicht bei allen Patienten notwendig“ (101) und bedürfe „einer Einbettung in ein multimodales Behandlungskonzept“, das im Kindes- und Jugendalter eine intensive Beratung der Betroffenen und deren Bezugspersonen (102-105) umfasse. „Häufig, jedoch nicht immer“ (105-106) seien zudem verhaltenstherapeutische Interventionen indiziert.

Neben der individuellen Klärung des jeweiligen Behandlungsverfahrens seien langfristige *Kontrollen von Wirkungen und Nebenwirkungen*, speziell bei der medikamentösen Therapie, aber auch bei anderen Behandlungsformen, notwendig (vgl. 107-115).

Als weitere Therapieverfahren werden „Nahrungsmittelergänzung und Neurofeedback“ (117-118) genannt, „deren Stellenwert im Rahmen einer multimodalen Therapie jedoch noch eingehender untersucht werden“ (119-120) müsse. Zur Behandlung von Begleiterkrankungen der ADHS (komorbide Störungen) könnten „weitere psychotherapeutische Interventionen auf verhaltenstherapeutischer, familiensystemischer oder tiefenpsychologischer Grundlage oder pharmakologische Interventionen indiziert sein“ (122-125).

Abschnitt sieben (126-149) fordert eine verbesserte Diagnostik, Prävention und Therapie. In fünf Punkten wird unterbreitet, wie dies umzusetzen sei. Jeder dieser Punkte wird in den folgenden fünf Abschnitten (acht, neun, zehn, elf, zwölf) einzeln behandelt.

Abschnitt acht (150-176) beginnt mit einem Desiderat: „Eine fachgerechte Versorgung von Patienten mit ADHS innerhalb des Gesundheitssystems erfordert eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringer und die Schließung von Versorgungslücken“ (150-154). Die artikulierte Bedeutung der Zusammenarbeit von Leistungserbringern innerhalb des Gesundheitssystems betrifft Ärzte, Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten, Ergo-, Sprach-, Bewegungstherapeuten, Pädagogen und weitere Fachkräfte. Die Versorgungsnetze, die sich in vielen Regionen bereits gebildet hätten, sollen (nach dem hier vertretenen Standpunkt) weiter gestärkt und der Aufbau in unterversorgten Regionen unterstützt werden. Bezüglich dieser Kooperations- und Koordinations-Bestrebungen wird die Finanzierung durch die Krankenkassen als hilfreich betrachtet. Die zwischen einzelnen Kassen und Leistungserbringern bereits bestehenden ADHS-Verträge⁷³ werden ebenfalls als hilfreich beurteilt, sie sollten nach Ansicht der Verfasser des Eckpunktepapiers deshalb weiter ausgebaut werden.

Weitere Versorgungslücken existierten im Hinblick auf die Diagnostik und Therapie von Erwachsenen sowie beim Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter, sie müssten geschlossen werden.

Der neunte Abschnitt (177-193) begründet die Notwendigkeit der systemübergreifenden Kooperation zwischen Gesundheitssystem, Bildungswesen und Jugendhilfe. Begründet wird dies mit dem Leid der Betroffenen, das sich in mehreren Lebensbereichen zeigt und

⁷³ Ein Beispiel findet sich im Internet (siehe Punkt 1): http://www.kvbawue.de/kvbw/suche/?tx_solr%5Bfilter%5D%5B0%5D=type%253AemantixDocument&q=ADHS [zuletzt abgerufen am 06. März 2020].

welchem durch eine verbesserte Zusammenarbeit mit den Institutionen des Bildungs- und Sozialwesens auf Regionalebene entgegengewirkt werden soll.

Da Patienten mit ADHS unter Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebensbereichen leiden, sind neben der Therapie in diesen Bereichen gezielte Unterstützungen und Hilfen in allen betroffenen Lebensbereichen notwendig, die weiter verbessert werden müssen. Dabei kommt den Bereichen Schule und Jugendhilfe eine besondere Bedeutung zu. Um diese zusätzlich notwendigen Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen, in Schulen (z. B. Inklusion), in der Jugendhilfe, in der Berufsförderung und in der Rehabilitation zu optimieren, ist eine weitere Stärkung der Kooperation im Rahmen regionaler Netzwerke notwendig (181-193).

Abschnitt zehn (194-202) weist darauf hin, dass auch die Kooperation von Fachpersonen und Fachstellen mit Selbsthilfeorganisationen zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit ADHS beitrage und deshalb intensiviert werden müsse. Hierüber wären, im Sinne eines konstruktiven Dialogs, die jeweiligen Beiträge zur Versorgung zu optimieren.

Der elfte Abschnitt (203-215) postuliert eine *Ausdehnung der Wissensvermittlung*, die die empirisch gesicherten Erkenntnisse zur ADHS im Hinblick auf präventive, diagnostische und therapeutische Maßnahmen beinhaltet. Die Forderung nach einer verstärkten Aus-, Fort- und Weiterbildung ist nicht allein für Leistungserbringer des Gesundheitssystems gedacht, sondern genauso für Fachkräfte des Bildungs- und Sozialsystems.

In Abschnitt zwölf (216-228) wird ein allgemeiner Appell formuliert: „Die Erforschung von ADHS in Deutschland muss weiter gefördert werden“ (216-217). Für alle Altersgruppen erfolge „die weitere Erforschung der Ursachen von ADHS, ihres Verlaufs, der Effekte präventiver und therapeutischer Interventionen auf hohem Niveau und deutsche Wissenschaftler“ seien „in internationalen Forschungs- und Leitliniengruppen aktiv eingebunden“. Diese Forschungsaktivität gelte es weiter zu unterstützen und auszubauen, zumal sie mittel- und langfristig gesehen „einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS“ leiste.

In Abschnitt dreizehn (229-247) wird Unmut darüber bekundet, dass in der Öffentlichkeit noch immer Fehlinformationen über das Störungsbild und seine Behandlung weit verbreitet seien. Infolgedessen wäre eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit für Medien und

Fachleute notwendig, indem ihnen evidenzbasiertes Wissen zur Verfügung gestellt werde.

21. Kommentar: Wie schon in Abschnitt elf steht auch hier die gezielte Information gesellschaftlicher Institutionen im Vordergrund. Somit wird noch einmal die Bedeutung des Transfers von evidenzbasiertem klinischem Wissen zur ADHS betont. Die *Korrektur von Fehlinformationen* könne dazu beitragen, dass Menschen mit ADHS mit größerem Verständnis begegnet werde, sich ihre Chancen zur Integration und Teilhabe verbessern und ihnen dadurch mehr Möglichkeiten zukommen, ihre besonderen Begabungen in die Gesellschaft einzubringen (vgl. 242-246).

4.3.2 Abschnittsanalyse im Überblick

1. Reklamiert die *Validität der ADHS als psychischer Störung von Krankheitswert*, wobei die Symptome speziell Kognition und Verhalten negativ beeinflussten. Es folgen Hinweise zur *interpersonell variierenden und im intrapersonellen Verlauf wandelbaren Charakteristik der Symptomatik*. Anknüpfend wird informiert, dass die Störung erhebliche Belastungen und Beeinträchtigungen für die Betroffenen in mehreren Lebensbereichen mit sich bringe. Schließlich wird bezüglich der negativen Störungsfolgen *die Behandlungsbedürftigkeit* von ADHS in allen Lebensaltern betont.
2. Informiert über *Häufigkeiten der ADHS* im Gendervergleich und in Gegenüberstellung der Lebensalter sowie über die Eventualität eines chronischen Verlaufs.
3. Äußert, dass über die Ursachen von ADHS empirisch gut gesicherte Erkenntnisse vorliegen. Hält fest: Hinsichtlich der Ätiologie komme biologischen bzw. genetischen Faktoren der Hauptanteil bei der Entstehung einer ADHS zu, Umweltfaktoren wären (untergeordnet) beteiligt. Relativiert: Die *Ursachenzusammenhänge* seien wie bei allen psychischen Störungen und bei vielen körperlichen Erkrankungen *nicht abschließend geklärt*. Propagiert daher eine weitere ätiologische Erforschung.
4. Äußert, dass sich ADHS zuverlässig diagnostizieren lasse. Konkretisiert in Bezug auf die *Schwierigkeit der Abgrenzung von störungsspezifischen Symptomen zu Normvariationen von Verhalten*, dass *Diagnostik und besonders Differentialdiagnostik besondere Expertise verlangten* (Stellenwert der eigenen Disziplin wird unterstrichen). Ferner wird die *Abgrenzungsproblematik* analog zu anderen psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen pauschalisiert (Verknüpfung von Psyche und Physis:

- Fährenfunktion⁷⁴). Konsolidierung der Aussage, dass sich ADHS sicher und verlässlich diagnostizieren lasse, genauso wie andere psychische Störungen auch.
5. Postuliert die *flächendeckende Einleitung von Präventivmaßnahmen im Kindesalter* zur frühzeitigen Verminderung von ADHS-Symptomen und deren negativen Auswirkungen. Die drei Quellenangaben würdigen ein Programm, das im Forscherkreis der Verfasser des Eckpunktepapiers entstanden ist, werben sozusagen „in eigener Sache“.
 6. Informiert über die *multimodale Therapie*, wobei *Spezifika der Psychopharmakotherapie* gesondert berücksichtigt und ihr Nutzen hervorgehoben werden. Ferner wird ausgesagt, dass es notwendig sei, neben der *Klärung eines individuellen Behandlungsverfahrens* auch *Wirkungen und Nebenwirkungen zu kontrollieren* (indirekt stützt diese Aussage die Stellung des eigenen Dienstleistungsangebots⁷⁵). Weiter wird konstatiert, dass der Stellenwert von alternativen Therapieverfahren wie *Nahrungsmittelergänzung und Neurofeedback* im Rahmen der multimodalen Therapie noch eingehender untersucht werden muss. *Systemische und psychodynamische Therapieverfahren sowie Pharmakotherapie* zur Behandlung assoziierter psychischer Störungen werden ergänzend erwähnt.
 7. Fordert die Verbesserung von Diagnostik, Prävention und Therapie. Plädiert diesbezüglich die *flächendeckende Realisierung einer leitlinienorientierten Versorgung* und der angemessenen *Finanzierung durch die Krankenkassen*.
 8. Plädiert für eine fachgerechte Versorgung, die speziell eine *verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb des Gesundheitssystems* und die *Schließung von Versorgungslücken* erfordere. Weitere Empfehlungen betreffen regionale *Versorgungsnetze und Finanzierungsmöglichkeiten* in Kooperation mit den Krankenkassen, z.B.

⁷⁴ Die wiederholt verwendete *Analogie von psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen* kann im Sinne der KDA als Strategie verstanden werden, die die genetische Hypothese bezüglich der Ätiologie untermauern soll. Es wird der Standpunkt vertreten, dass – entsprechend körperlichen Erkrankungen – auch psychische Störungen auf eine biologische Ursache zurückzuführen sind. Durch die „Biologisierung“ der ADHS werden die psychiatrische Expertise und ihre Seriosität als medizinischem Fachgebiet suggeriert; die medizinische Expertise bei körperlichen Erkrankungen wird nämlich weniger infrage gestellt. Indem sich Verknüpfungen mit Bekanntem im kollektiven Gedächtnis leichter festsetzen, wirken sie als „Fähre“ ins Bewusstsein (zum Begriff der Führenfunktion siehe Jäger, 2012, S.105).

⁷⁵ Zunächst wird der Nutzen der Psychopharmakotherapie herausgestrichen, dann die damit verbundenen notwendigen Kontrollmaßnahmen gefordert, die denselben Dienstleister erfordern. Einer ökonomischen Logik entsprechend kann das so interpretiert werden, als engagierten sich die Autoren für eine längerfristige Auftragssicherung bezüglich ihrer psychiatrischen Versorgungsleistungen.

durch ADHS-Verträge. Ferner wird informiert, in der *Versorgung von Erwachsenen und beim Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter* zeige sich weiterer Handlungsbedarf.

9. Fordert eine *Verbesserung gezielter Unterstützungen und Hilfen in allen Lebensbereichen*. Informiert, dass hierbei der *systemübergreifenden Kooperation mit dem Bildungssystem und der Jugendhilfe* eine besondere Bedeutung zukomme. Erwähnt diesbezüglich Optimierungsbedarf und plädiert für *zusätzlich notwendige Maßnahmen in KITAS, Schule, Jugendhilfe, Berufsförderung und Rehabilitation*. Propagiert schließlich „eine weitere Stärkung der Kooperation im Rahmen regionaler Netzwerke“ (191-193).
10. Fordert die *Intensivierung der Zusammenarbeit von Fachpersonen und Fachstellen mit Selbsthilfeorganisationen*. Ein konstruktiver Dialog zwischen den Parteien intendierte die jeweilige *Optimierung der Versorgungsbeiträge*, so sinngemäß die Empfehlung.
11. Fordert die *Intensivierung von Aus-, Fort- und Weiterbildung zur ADHS für Fachkräfte* im Gesundheitssystem und für in anderen gesellschaftlichen Systemen tätige Fachkräfte.
12. Fordert die *weitere Förderung der Forschung zur ADHS*, da die hiesige Forschungsaktivität international aktiv eingebunden sei und sie mittel- und langfristig zur Verbesserung der Versorgung beitrage.
13. Plädiert für eine bessere Öffentlichkeitsarbeit, um Fehlinformationen zu Störungsbild und Behandlung entgegenzuwirken. Verstärkung von Abs. 11., da erneut für die Vermittlung von evidenzbasiertem klinischem Wissen zur ADHS geworben wird.

4.3.3 Zusammenfassende Charakterisierung

Das Eckpunktepapier legt Standpunkte dar, was den Text grundlegend vom Artikel von Nissen unterscheidet. Auch bezüglich der Rhetorik fällt auf, dass Nissen eher neutral und informativ artikuliert, während sich die Leitungsgruppe des zentralen adhs-netzes, die das Eckpunktepapier konzipiert hat, deutlich bestimmter, stärker suggestiv und fordernder ausdrückt. Das zeigen die in Fettschrift hervorgehobenen, die Abschnitte einleitenden Standpunkte des Eckpunktepapiers und die Hervorhebungen im Überblick des Inhalts der 13 grafisch markierten Abschnitte (Kap. 4.3.2).

Salopp formuliert wirkt die Textproduktion teilweise wie eine gelungene Marketingkampagne. Allein die Überschriften der einzelnen Absätze mit ihren *schlichten Aussagen*

können als Musterbeispiel für eine *ausgeklügelte Öffentlichkeitsarbeit* betrachtet werden. So werden berufspolitisch geschickt Argumente vorgebracht, um etwa Forschungsgelder zu mobilisieren oder um disziplinspezifische Versorgungsleistungen anzupreisen.

4.4 Zusammenfassung der Ergebnisse der Feinanalysen

Die nachfolgend angeführten Aussagen repräsentieren das aktuelle klinisches Expertenwissen zur ADHS. Sie wurden entsprechend der über die Strukturanalyse charakterisierten Diskursstränge „Prävention/Behandlung/Therapie/Versorgung“, „Funktion/Leistung/Interaktion/Lebensqualität“, „Diagnostik“, „Diverse“ und „Ätiologie“ konkretisiert.

Wenn die Aussagen der vier ausgewählten Artikel als Referenzgröße dienen, dann lässt sich konstatieren, dass die klinische Störungskonzeption der ADHS seit mehr als 60 Jahren in nahezu synonymen Form fortbesteht. Das zeigen die Ergebnisse der Feinanalysen⁷⁶ im Hinblick auf die beschriebene Symptomatik und Spezifika der Interaktion und Selbstregulation, welche die Entwicklung von Menschen mit ADHS erschweren. Im Fokus⁷⁷ stehen Aussagen zu Leistung („Funktionsniveau“), „Interaktionsfähigkeit“ und „Lebensqualität“ (Befindlichkeit). Der Ausdruck „Funktionsniveau“ bezieht sich auf kognitive Leistungen und beinhaltet Fähigkeiten und Fertigkeiten⁷⁸ zur Regulierung von innerpsychischen Spannungszuständen und Emotionen. Eine adäquate Entwicklung dieser Bereiche dient dem Sozialkontaktverhalten, da es die konstruktive Gestaltung von Interaktionssituationen ermöglicht. Gelingende Interaktion und Kommunikation stärken das Gefühl der Zugehörigkeit und das „sich Eingebunden fühlen“ in eine Gemeinschaft wiederum begünstigt das Wohlbefinden. Damit sind zentrale Entwicklungsparameter und -aufgaben erfasst, die Schwierigkeiten in pädagogisch bedeutsamen Bereichen bedingen, wie auch über Erfolg und Misserfolg in der Schule entscheiden.

⁷⁶ Von den vier ausgesuchten Artikeln wurden drei feinanalytisch untersucht. Der Artikel von Romanos und Jans (2014) dient als aktuelles Beispiel der klinischen Rezeption des Fachwissens. Er wurde direkt auf die Aussagen hin überprüft.

⁷⁷ In Kapitel 4.4.1 werden nur Aussagen zum Störungskonzept, der Symptomatik und der im klinischen Diskurs mit den Symptomen assoziierten Beeinträchtigungen der Lebensqualität oder Störungsfolgen für Betroffene und ihr Umfeld sowie zu Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) dargelegt. Eine Tabelle mit typischen Aussagen, die ich anderen Diskurssträngen zugeordnet habe, findet sich im Anhang (E) auf Seite 172.

⁷⁸ Zur Erinnerung: Fähigkeiten sind eher stabile Persönlichkeitsmerkmale, wie etwa das Temperament, sie ändern sich im Lebensverlauf weniger. Fertigkeiten können kontinuierlich erlernt und verbessert werden.

4.4.1 Chronologie typischer Aussagen

Laufer, Denhoff & Solomons (1957; 2011)

- Eine geringe Konzentrationsfähigkeit und kleine Aufmerksamkeitsspanne fallen besonders im schulischen Kontext auf
- Unbeständigkeit im Verhalten kommt häufig vor: Kinder mit HKS sind ohne erkennbaren Vorsatz unberechenbar und impulsiv
- Kinder mit HKS sind leicht erregbar und zeigen eine geringe Frustrationstoleranz
- Kinder mit HKS sind nahezu unfähig, ihre Bedürfnisse aufzuschieben und die eigenen Ansprüche zurückzunehmen
- Zu den erwähnten Symptomen kommen häufig visuell-motorische Probleme hinzu
- Schulleistungen von Kindern mit HKS schwanken stark (Abs. 2)
- Schulleistungen von Kindern mit HKS sind oft schwach
- Die Symptomatik erschwert die Teilnahme am Unterricht sehr
- Die visuell-motorischen Probleme führen in Kombination mit den anderen Defiziten zu schlechten Leistungen im Rechnen und Lesen
- Lesen und schreiben sind oft mit Misserfolgen verbunden
- Die Handschrift ist oft chaotisch und schludrig (Abs. 3)
- Das für die HKS typische Verhalten zeigt sich auch in der Entwicklung von gesunden Kindern (Abs. 30), wird aber später durch Reifungsprozesse überwunden (Abs. 46)

Gerhardt Nissen (1974)

- Das für die HKS charakteristische Verhalten stellt einen viel stärkeren Störfaktor dar als das Verhalten bei anderen Verhaltensstörungen; es wirkt sich äußerst negativ auf das soziale Umfeld aus (Abs. 2)
- betroffene Kinder sind überaus reizoffen, nicht imstande, unterschwellige Außenreize abzuwehren
- Motorische Unruhe und Konzentrationsschwäche wirken sozial desintegrierend
- Betroffene Kinder werden von Lehrern wie auch von Schülern als Klassenstörer und Faxenmacher abgewertet (Abs. 11)
- Lehrer sehen ihre Ablehnung durch die schwankenden Leistungen der Kinder bekräftigt (Abs. 12)
- Die gesteigerte Vulnerabilität solcher reizüberempfindlicher Kinder und die soziale Ablehnung verstärken sich wechselseitig (Abs. 13)

Romanos & Jans (2014)

- Bewegungsunruhe, erhöhte Impulsivität, Störung der Aufmerksamkeit und Konzentration führen zu Leistungsproblemen in der Schule
- Unruhe und Impulsivität wirken sozial störend und führen oft zu Konflikten und einer Sonderrolle in der Klasse
- Symptomatik bedingt Leistungsprobleme in der Schule
- Unruhe verhindert die überdauernde Mitarbeit im Unterricht (Abs. 1)

- Mit ADHS gehen enorm hohe Raten der Komorbidität einher (Abs 14)
- Eine Anpassung kann später gelingen; es besteht bei Kindern mit ADHS eine erheblich erhöhte Gefahr für psychosoziales Scheitern (Abs. 20)

adhs-netz Eckpunktepapier (2016)

- ADHS-Symptome äussern sich vor allem auf kognitiver- und auf Verhaltensebene
- ADHS-Symptome beeinträchtigen soziale Interaktion, schulische wie berufliche Leistungsfähigkeit; begrenzen also die Möglichkeiten zur Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen
- Mit ADHS gehen in der Mehrzahl der Fälle andere psychische Störungen und Auffälligkeiten einher (Abs. 1)
- Die (Kern-)Symptome wandeln sich im Lebensverlauf; zeigen sich in mehreren Lebensbereichen (Abs. 1);
- Bei den Symptomen gibt es einen fließenden Übergang zu Normvariationen (Abs. 4)

Abbildung 2: Typische Aussagen zur ADHS-Symptomatik

Die typischen Aussagen lassen sich ihren inhaltlichen Tendenzen entsprechend folgenden Bereichen (Clustern) zuordnen. Natürlich überschneiden sich die Bereiche.

Beeinträchtigung des Funktionsniveaus (FN) – *Cluster 1*

Aussagen dieses Cluster-Typs beziehen sich besonders auf Defizite der (schulischen) Leistungsfähigkeit: Geringe Aufmerksamkeitsspanne, verminderte Konzentrationsfähigkeit, Defizite bezüglich des Arbeitsgedächtnisses und/oder der Verarbeitungsgeschwindigkeit. Außerdem: leichte Erregbarkeit (Impulsivität), geringe Frustrationstoleranz (oder die Fähigkeit Bedürfnisse aufzuschieben), motorische, auditive oder visuelle Probleme.

Beeinträchtigte Interaktionsfähigkeit (IF) – *Cluster 2*

In erster Linie betrifft dies Aussagen zu einer belasteten Beziehungsqualität, die sich durch die Symptome ergibt. Hierbei spielen mangelhafte Kompetenzen im Sozialkontaktverhalten und ungenügend entwickelte Emotionsregulationsstrategien eine wesentliche Rolle.

Beeinträchtigte Lebensqualität (LQ) – *Cluster 3*

Zu diesem Punkt gehören Aussagen, die ein durch Symptome bedingtes beeinträchtigtes Wohlbefinden mit negativen Folgen für die Lebensqualität beschreiben. Beispielsweise kann sich eine mangelhafte Emotionsregulationsfähigkeit negativ auf die Befindlichkeit auswirken. Auch verminderte Kompetenzen in Bezug auf das Sozialkontaktverhalten sind

diesem Cluster zuzuordnen. Solche Defizite schränken die Partizipationsmöglichkeiten ein und erschweren das private und berufliche Weiterkommen, was wiederum negativ auf die Befindlichkeit und Lebensqualität zurückwirkt.

4.4.2 Synopse der Aussagen zu Symptomatik, Funktionsniveau und Interaktionsfähigkeit

Tabelle 21: Aussagen zu schulischer Leistung, Beziehungs- und Lebensqualität

1957	1974	2014	2016
Die geringe Konzentrationsfähigkeit und kleine Aufmerksamkeitsspanne zeigen sich besonders im schulischen Kontext		Bewegungsunruhe, erhöhte Impulsivität und Störung der Aufmerksamkeit sowie der Konzentration führen zu Leistungsproblemen in der Schule (A1) ⁷⁹	ADHS äussert sich v.a. auf kognitiver und Verhaltensebene
Unbeständigkeit im Verhalten kommt häufig vor: unberechenbar und impulsiv ohne erkennbaren Vorsatz	Das störungsspezifische Verhalten stellt einen viel stärkeren Störfaktor dar als bei anderen Verhaltensstörungen und wirkt sich sehr negativ auf das soziale Umfeld aus (A2). Die gesteigerte Vulnerabilität dieser reizüberempfindlichen Kinder und die soziale Ablehnung verstärken sich wechselseitig (A13).	Unruhe und Impulsivität wirken sozial störend und führen oft zu Konflikten und einer Sonderrolle in der Klasse (A1). Eine Anpassung kann später gelingen, es besteht jedoch eine erheblich erhöhte Gefahr für psychosoziales Scheitern bei Kindern mit ADHS (A20)	ADHS verursacht Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion, der schulischen und beruflichen Leistungsfähigkeit, begrenzt somit die Möglichkeiten zur Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen (A1)
Geringe Frustrationstoleranz bei leichter Erregbarkeit	betroffene Kinder sind überaus reizoffen, nicht imstande, unterschwellige Außenreize abzuwehren (A11)		
Fast unfähig Bedürfnisse aufzuschieben und eigene Ansprüche zurückzunehmen			
Visuell-motorische Probleme kommen häufig hinzu	Motorische Unruhe und Konzentrationschwäche wirken sozial desintegrierend. Betroffene Kinder werden von Lehrern wie auch von Schülern als Klassenstörer und Faxenmacher abgewertet (A11). Die Lehrer sehen ihre Ablehnung durch die schwankenden Leistungen der Kinder bekräftigt (A12).		ADHS verursacht Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion, der schulischen und beruflichen Leistungsfähigkeit, begrenzt somit die Möglichkeiten zur Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen (A1)
Stark schwankende Schulleistungen (A2)		Symptomatik bedingt Leistungsprobleme in der Schule (A1)	
Oft kommen schwache Schulleistungen vor (A3)		Unruhe verhindert die überdauernde Mitarbeit im Unterricht (A1)	
Symptomatik erschwert Teilnahme am Unterricht sehr (A3)			

⁷⁹ Das „A“ innerhalb der Klammer steht für Abschnitt, gefolgt von der jeweiligen Abschnittsnummer. Aussagen ohne Angaben gehören zum letztbezeichneten Abschnitt.

Die visuell-motorischen Probleme führen kombiniert mit den anderen Defiziten zu schlechten Leistungen im Rechnen und Lesen (A3)		Mit ADHS gehen enorm hohe Raten der Komorbidität einher (A14);	Mit ADHS gehen in der Mehrzahl der Fälle andere psychische Störungen und Auffälligkeiten einher (A1)
Lesen und schreiben sind oft verbunden mit Misserfolgen (A3)			
die Handschrift ist oft chaotisch und schludrig (A3)			
HKS typisches Verhalten zeigt sich auch in der gewöhnlichen Entwicklung von Kindern (A30) und es wird später durch Reifungsprozesse überwunden (A46)			die (Kern-)Symptome wandeln sich im Lebensverlauf, zeigen sich in mehreren Lebensbereichen (A1); bei den Symptomen gibt es einen fließenden Übergang zu Normvariationen (A4)

5. Die Geschichte der ADHS in der klinischen Fachliteratur

Fragen zum Zeitpunkt, geographischen Raum und kulturellen Kontext, innerhalb derer die Kombination von Hyperaktivität, Impulsivität und defizitärer Aufmerksamkeit als psychopathologische Störung aufgefasst und zum Forschungsgegenstand der Medizin und Psychiatrie wurde, werden im akademischen ADHS-Diskurs uneinheitlich beantwortet – je nach Disziplin und Expertise bzw. Expertengruppe oder Land. Die im klinischen Diskurs federführenden deutschen Experten⁸⁰ für ADHS verorten den Ausgangspunkt in Europa, während der britische Professor für Sozialgeschichte und Gesundheitsvorsorge Matthew Smith den Diskursbeginn in den Vereinigten Staaten von Amerika lokalisiert. Dabei hängt die unterschiedliche Wahrnehmung davon ab, wer als Erstbeschreiber des Vorläufers der heute als ADHS oder hyperkinetische Störung bekannten Syndroms anerkannt und vorausgesetzt wird.

Die Literaturrecherche im Vorfeld der Entstehung dieses Kapitels hat gezeigt, dass es im deutschen Sprachraum nur sehr wenige medizinhistorische Beiträge zur Geschichte der ADHS gibt. Dies sind der relativ frühe Artikel „Das hyperkinetische Syndrom in der jugendpsychiatrischen Forschung“ von Trott, Badura und Wirth (1996), der sehr häufig zitierte Artikel „Zappelphilipp und ADHS – von der Unart zur Krankheit“ (Seidler, 2004) und die ausführliche Arbeit zur „Wissenschaftsgeschichte der ADHS“ von Rothenberger und Neumärker (2005), die auch den Geschichtsbeitrag im „Handbuch ADHS“ (Steinhausen et al., 2010) verfasst haben. Als Pendant zu diesen Quellen anboten sich ein Artikel von Eric Tylor und einer von Russell A. Barkley – beide gelten als renommierte Experten für ADHS im angelsächsischen Sprachraum: „Antecedents of ADHD: a historical account of diagnostic concepts“ (Taylor, 2011); „The earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard’s Description in 1775 of ‘Attention Deficit’“ (Barkley & Peters, 2012). Ebenfalls konsultiert wurde das Geschichtskapitel des „Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ (Fitzgerald, Bellgrove, & Gill, 2007) und zum Vergleich die Geschichtsdarstellung im „Handbuch ADHS“ (Steinhausen et al., 2010).

⁸⁰ Im Jahr 2010 erschien das von Hans-Christoph Steinhausen, Aribert Rothenberger und Manfred Döpfner herausgegebene „Handbuch ADHS“. Sie sind wegweisende Akteure des klinischen ADHS-Diskurses im deutschen Sprachraum. Marcel Romanos repräsentiert die jüngere Generation der zentralen Akteure, die die konventionelle Denkweise über ADHS weiterführen.

Bei der Durchsicht dieser konventionellen Fachliteratur fällt das einheitliche Muster der Darstellungsweise auf. Alle Übersichten zur Vorgeschichte der ADHS beziehen sich, mit Ausnahme weniger personaler Abweichungen, auf dieselben Autoritäten, deren Kasuistik als frühe Dokumente für die heute mit ADHS assoziierte Symptomatik interpretiert werden. Oft werden medizingeschichtlich wichtige Ereignisse bzw. deren Einfluss auf den Diskurs angeführt, etwa die um 1917 in Europa grassierende Encephalitis-Epidemie⁸¹ oder Bradleys vielzitierte Studien mit Bazedrin und Panizzons bedeutungsvolle Synthese von Methylphenidat um 1944. Auf diese Weise zementiert das kontinuierlich reproduzierte Narrativ die schematische Erzählstruktur und nährt dadurch unterschwellig die Vorstellung, das klinische Störungsbild, das heute als ADHS bekannt ist, existiere seit mehr als 100 Jahren und der aktuelle Wissensstand dazu stütze sich mittlerweile auf eine empirisch breite wie unstrittige Datengrundlage. Es ist darum davon auszugehen, die stets zitierten historischen Fallbeschriebe sollen die allgemeine Existenz dieser psychischen Störung belegen. Zu einer ähnlichen Schlussfolgerung gelangt auch Smith, indem er auf das in der medizinischen Literatur verbreitete Muster der Geschichtsdarstellung hinweist und darin den Vorsatz erkennt, die Auffassung zu verstärken, die Hyperaktivitätsstörung sei eine neurologische und genetische Erkrankung und als solche zeitlos und universell. An dieser Methode der historischen Aufarbeitung sieht er zwei entscheidende Probleme. Zum einen fokussiere die einschlägige Literatur Zeiträume, innerhalb derer Hyperaktivität, besonders im Vergleich mit der jüngeren Vergangenheit, kein bedeutsamer medizinischer, erzieherischer oder kultureller Sachverhalt gewesen sei. Vereinzelte Fälle, die in der medizinischen Fachliteratur vor 1950 vorliegen und ein ADHS ähnliches Verhalten beschreiben, seien ziemlich selten und müssten viel sorgfältiger, als dies bisher geschehen ist, analysiert werden. Solche Fälle seien, anders als in den letzten 50 Jahren, weder in der pädagogischen noch in der populären Literatur diskutiert worden⁸². Deshalb sei es auch schwierig, sich über kulturelle Voraussetzungen bei hyperaktiven Kindern zu

⁸¹ Neuropsychiatrische Beiträge zu Ursachen von Verhaltensstörungen und Möglichkeiten der Behandlung thematisieren beispielsweise Ebaugh (1923) und Thorpe (1946).

⁸² Von Stechow (2015) hat in ihrer historischen Analyse von schulpädagogischen Diskursen im Zeitraum vom 16. bis zum 21. Jahrhundert allerdings gezeigt, dass das Thema „Aufmerksamkeit“ als zentrale Bedingung für Lernprozesse und Fragen, wie Aufmerksamkeit durch Umweltfaktoren abgelenkt wird, spätestens im Kontext von Herbarts Lerntheorie ausführlich für das schulische Lernen erörtert wurden. Die Grundlage ihrer Untersuchung bilden unterschiedliche Schulschriften, wie etwa Schulordnungen, Erziehungspläne, Lernmethoden, Disziplinarsysteme, Meritentafeln.

informieren. Das zweite Problem medizinhistorischer Beiträge betreffe deren selektive Rezeption, zumal mit dem biologischen Ansatz konkurrierende Erklärungen für hyperaktives und auffälliges Verhalten von Kindern im klinischen ADHS-Diskurs marginalisiert werden. Smith erörtert dies am Beispiel der Lebensmittelallergien, die vor 1950 in medizinischen Zeitschriften oft als Ursache von Hyperaktivität diskutiert, (damals) im klinischen Diskurs allerdings ignoriert worden seien. Dies sei ironisch, weil die Fallbeschreibungen der Lebensmittelallergologen (z.B. Crook, 1974; Feingold, 1976, 1977; Margen, 1975) im Gegensatz zu den meistens zitierten Beobachtungen von Hoffmann⁸³ (1846), Clouston (1899), Still (1902) und anderer, vielmehr an die mit Hyperaktivität assoziierte Störungssymptomatik erinnern würden. Seine Befunde stützt Smith durch eine Analyse der am häufigsten zitierten sechs Beobachtungen von hyperaktivem Verhalten. Im Hinblick auf die Diskrepanzen, die zwischen diesen Fallbeschrieben und dem späteren Konstrukt der Hyperaktivitätsstörung bestünden, zeigt er auf, dass sie nicht überzeugend sind, auch weil Aussagen aus dem Kontext gerissen und teilweise falsch interpretiert werden (vgl. Smith, 2012, S. 23ff.). Tatsächlich würden in der von Still und Clouston überlieferten Kasuistik defizitäre Aufmerksamkeit und unruhiges Verhalten unter einer Vielzahl von anderen (für ADHS atypischen) Symptomen zwar erwähnt, aber lediglich als Begleitsymptome einer psychischen Erkrankung und bestimmt nicht als Kernsymptome eines eigenständigen Störungsbildes aufgefasst. Die Signifikanz der Bezugnahme auf die beiden britischen Ärzte im aktuellen klinischen Diskurs liege darin, dass sie auffälliges Verhalten von durchschnittlich intelligenten und nicht hirngeschädigten Kindern, deren Verhaltensauffälligkeiten eben an die Symptomatik von Kindern mit hirngeschädigter Schädigung oder kognitiver Einschränkung erinnern, dokumentiert haben. Insofern stelle die Kasuistik von Still und Clouston eher einen Beleg für den *Beginn der Anwendung einer medizinischen Terminologie und Ätiologie auf pädagogisch und sozial unangemessene Verhaltensweisen von Kindern* dar – und weniger einen Nachweis für eine psychiatrische Erkrankung. Darüber hinaus würden die Fallbeschriebe zeigen, wie die Wahrnehmung von kindlichem Verhalten mit politischen und kulturellen Trends verbunden ist. Es

⁸³ Die Geschichte vom Zappelphilipp aus Heinrich Hoffmanns bekanntem Werk „Struwwelpeter“ wird im klinischen Diskurs wie auch in der öffentlichen Debatte immer wieder als Sinnbild für HKS oder ADHS herangezogen. Der Zappelphilipp ist insofern zum zentralen Kollektivsymbol für das klinische Syndrom ADHS/HKS geworden, ungeachtet dessen, dass die These, in Hoffmann den Erstbeschreiber von klinischen Syndromen zu sehen, wissenschaftlich mehrfach widerlegt worden ist (z.B. Sauerbrey & Winkler, 2011; Seidler, 2004; Taylor, 2011).

sei vielmehr dieser Prozess⁸⁴, welcher Parallelen zur kinderpsychiatrischen Erforschung des „Hyperkinetischen Syndroms“ ab etwa 1950 aufweise. Zudem weist Smith darauf hin, dass es zu berücksichtigen gelte, dass die zwei britischen Ärzte und Wissenschaftler zu einer Zeit lebten und wirkten, die später als *viktorianische Epoche* bekannt wurde⁸⁵. Damals entstand als *Folge des sozialen Wandels*⁸⁶ wie auch im Zusammenhang mit administrativen, pädagogischen und medizinischen Problemen das Bedürfnis, kindliches Verhalten, das in der Grauzone zwischen pathologisch und normal vorkommt, zu identifizieren und zu kategorisieren⁸⁷. In Erwägung dieser sozialen und politischen

⁸⁴ Die mit diesem historischen Prozess einhergehende kollektive Einstellungsveränderung stellt im Sinne der KDA ein diskursives Ereignis dar, das den Diskursverlauf nachhaltig beeinflusst hat. Als unangemessen beurteilte Verhaltensauffälligkeiten gerieten nunmehr verstärkt in den Bereich der Medizin und Psychiatrie.

⁸⁵ Eine eindrückliche Darstellung der Kindheit von europäischen Mittelschichtskindern im 19. Jahrhundert liefert Priscilla Robertson (Robertson, 1977), publiziert in: DeMause (1980). Einen umfassenden Überblick bietet auch Philippe Ariès Klassiker „Geschichte der Kindheit“ (Ariès, 1979).

⁸⁶ Wie sich der gesellschaftliche Blick auf die Kindheit allmählich zu verändern begann und spätestens um 1900 eine neue Qualität erreichte, beschreibt der eben erwähnte Beitrag von Robertson (Fußnote 85) recht differenziert. Myschker und Stein (2014) stellen fest, dass die körperliche Züchtigung im 20. Jahrhundert in Verruf kam und neue Institutionen zur Förderung „psychopathischer“ oder „schwer erziehbarer“ Kinder und Jugendlicher entstanden sind. Exemplarisch halten Gerhard und Schönberg (2008, S. 18) im Kontext der Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie fest: „Die sozialen und wissenschaftlichen, insbesondere die philosophischen Einflüsse im 19. Jahrhundert führten zu einem neuen Menschenbild und zu einer veränderten Betrachtung des Kindes, was sich in der Pädagogik, Psychologie und Medizin niederschlug. Neue Wissenschaftszweige wie Kinderheilkunde sowie Kinderpsychiatrie und- psychologie bildeten sich heraus. Gerade in der Pädagogik wurden Vorstellungen der Romantik durch Nützlichkeitsabwägungen als eine notwendige Konsequenz aus der zunehmenden Industrialisierung ersetzt. Bildung wurde damit auch als Grundlage für die ökonomische Weiterentwicklung verstanden. Diese neuen Anschauungen standen zunächst im Widerspruch zur reaktionären Schulpolitik, die im Vordergrund der Erziehung die Religion und die Staatskonformität sah“. Der neuen Sichtweise, den Nachwuchs unter anderem als „Humankapital“ zu betrachten, das den ökonomischen Fortschritt einer Gesellschaft gewährleisten soll, haftet eine politische Intention an.

⁸⁷ Michelle Hofmann hat in ihrem Beitrag zu diesem Thema für die Schweiz gezeigt, dass in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bedingt durch das Bevölkerungswachstum und die Durchsetzung der Schulpflicht immer mehr Kinder die Primarschule besuchten. Aus Organisationsgründen wurden die Kinder im Laufe der Zeit in Jahrgangsklassen eingeteilt, die für jedes Schuljahr eigene Stundentafeln, einen eigenen Lehrplan und eigene Lehrmittel bereitstellten. Dies bedeutete für die Kinder, dass sie innerhalb der vorgegebenen Zeit eine bestimmte Menge an Unterrichtsstoff zu bewältigen hatten. Schulische Leistungen wurden dadurch vergleichbar und die Aneignung von Wissensbeständen sollte in einem altersgemäßen

Umwälzungsprozesse, die sich im Gefolge der industriellen Revolution, durch die *Einführung der Schulpflicht* und einer damit verbundenen institutionellen Expansion manifestierten, verweist Smith auf den Historiker Mark Jackson (Jackson, 2000), der beschreibt, wie Personen an der Grenze zur Schwachsinnigkeit als eine *Last für die Gesellschaft* und dazu als eine *potentielle Bedrohung für die soziale Ordnung* betrachtet wurden. Die Betonung von Mängeln der moralischen Kontrolle im Beitrag von Still (1902) widerspiegle insofern die spätviktorianischen Bedenken gegenüber Verhaltensauffälligkeiten und geistigen Behinderungen bei Kindern, insbesondere bei Kindern, die nicht so stark beeinträchtigt waren, um routinemäßig einem Asylverfahren⁸⁸ zugewiesen zu werden. Diese Kategorisierungspraxis kovariert mit der *Bildungsgesetzgebung* in den 1860er und 1870er Jahren, zumal daraus hervorgehende Bestrebungen darauf abzielten, dass mehr Kinder zur Schule gingen und diejenigen aufgedeckt wurden, die Schwierigkeiten beim Lernen hatten. Ein ähnlicher Druck auf das Bildungssystem sowie maßgebliche Änderungen bei der psychiatrischen Versorgung sind weitere Aspekte, die auch die Hyperaktivitätsdebatten in den USA um 1960 beeinflusst haben. Auf die von Smith herausgearbeiteten Befunde dazu wird noch eingegangen.

Im Jahre 2011 setzte sich auch der deutsche Erziehungswissenschaftler Ulf Sauerbrey kritisch mit der medizinhistorischen Darstellung der ADHS auseinander. Am Beispiel der Beiträge von Trott et al. (1996), Rothenberger und Neumärker (2005) und Nissen (2005) verdeutlicht er, inwieweit die Absicht der gegenwärtig am Diskurs beteiligten Autoren herauszulesen ist, den klinischen Diskurs durch eine historische Fundierung als Fortschrittsgeschichte zu stabilisieren. Sauerbreys Abhandlung zeigt dabei auf, wie diese

Lerntempo voranschreiten. Diejenigen Schülerinnen und Schüler, die nicht mithalten konnten mit ihren Altersgenossen stellten ein Problem dar, das durch alternative Fürsorge- und Bildungsmöglichkeiten entschärft werden sollte. Die Bedeutung der Kategorisierungspraxis und diejenige der Entstehung von Bildungseinrichtungen und Asylen für geistig beeinträchtigte Kinder werden vor diesem historischen Hintergrund besser verständlich. Die im Verlauf des 19. Jahrhunderts sich verbreitenden statistischen Untersuchungen förderten die Kategorisierungspraxis und dienten zugleich ihrer Bekanntmachung (vgl. Hofmann, 2019).

⁸⁸ Asyle nannte man im ausgehenden 19. Jahrhundert spezielle (Fürsorge-)Einrichtungen, die als bildungsunfähig beurteilte Kinder – sogenannte Blödsinnige bzw. hochgradig Schwachsinnige – betreuten. Die untergebrachten Kinder wurden der Schulpflicht entbunden. Daneben existierten Spezialklassen und (private) Anstalten, in denen bildungsfähige Schwachsinnige geringen Grades (Schwachbegabte) und Schwachsinnige höheren Grades eine schulische Bildung erhielten (vgl. Hoffmann, 2017, S. 146).

Darstellungen den Kriterien einer exakten geschichtswissenschaftlichen Methodik nicht genügen, zumal zeitgeschichtliche Hintergründe in der gesamten bisherigen Rezeption übergangen worden seien, sie außerdem der Quellenkritik entbehren und viele Rezeptionsfehler aufweisen. Dadurch würden unklare Grundlagen produziert, die im aktuellen ADHS-Diskurs fortbestehen. Im Hinblick auf die methodische Vorgehensweise und die Bezüge auf vermeintliche Autoritäten bei der medizinhistorischen Geschichtsdarstellung vertritt Smith (2012, S. 23) die Meinung, es sei nicht grundsätzlich falsch, die entfernte Vergangenheit nach Belegen zu durchforschen, um zu zeigen, dass es die Störung immer schon gegeben habe. Wenn man aber bedenke, wie einflussreich die Diagnose ADHS inzwischen geworden ist, wie viel darüber geschrieben wurde und immer noch geschrieben werde, dann sei dies irreführend.

Natürlich darf die Darstellung einer „Geschichte der ADHS“ die Wechselwirkungen oder das *Ineinandergreifen von kulturellen, historischen und sozialpolitischen Ereignissen* nicht ausblenden. Die Studie⁸⁹ von Matthew Smith zeigt exemplarisch, wie ein solcher Anspruch eingelöst werden kann. Dabei geht er (unter vielen anderen Fragen) auch den Fragen nach, wieso die hyperkinetische Störung zuerst in den USA aufgetreten ist und warum sie dort zur Zeit des Kalten Krieges so hitzige Debatten auszulösen vermochte.

5.1 Erste Beschreibungen von hyperaktiven Kindern mit einem der ADHS entsprechenden Störungsbild

Die Bezeichnungen von psychischen Störungen spielen in der psychiatrischen Diagnostik eine wichtige Rolle, weil sie prinzipiell Hinweise zu ätiologischen, prognostischen und behandlungsrelevanten Aspekten der betreffenden Störung liefern. Dies gilt speziell für die Definition der Hyperaktivitätsstörung, die im zeitlichen Verlauf zum derzeit etablierten Konstrukt der ADHS eine Vielzahl von Namensänderungen erfahren hat. Die Prägung eines geeigneten Namens leistete einen entscheidenden Beitrag zur Verständigung unter Fachleuten und Betroffenen. In dieser Beziehung gebührt eine besondere Anerkennung den Kinderpsychiatern Maurice Laufer, Eric Denhoff und Gerald Solomons. Das von ihnen entwickelte Störungskonzept wurde 1957 unter dem Fachbegriff *hyperkinetische Impulsstörung* publiziert. Laufer und seine Kollegen arbeiteten unter der Leitung von

⁸⁹ Das Folgende fasst die zentralen, für die vorliegende Arbeit relevanten Befunde der Studie von Smith (2012) zusammen.

Charles Bradley, der im Fachdiskurs als Begründer der Stimulanzienbehandlung gilt. Ihr gemeinsamer Wirkungsort war das *Emma Pendleton Bradley Home*, die erste in den USA errichtete neuropsychiatrische Klinik⁹⁰ für Kinder. Ihre wissenschaftliche Bedeutung resultiert vor allem aus ihrer Behandlungsweise und den eingesetzten Forschungsmethoden. Sie empfahlen nämlich schon damals den Gebrauch von Stimulanzien und untersuchten die Gehirne ihrer Patienten mittels Elektroenzephalogramms⁹¹. Es ist kaum erstaunlich, dass sich Laufer und seine Kollegen in ihren Beiträgen auf Bradley beziehen (Bradley & Bowen, 1941; Bradley & Hance, 1957), während andere, welche die Literatur als Pioniere der Hyperaktivitätsstörung anführt, wie Clouston (1899), Still (1902), Kahn und Cohen (1934) oder Strauss und Lehtinen (1947), von ihnen nicht erwähnt werden.

Es deutet einiges darauf hin, dass der Erfolg, der dem Konzept der hyperkinetischen Impulsstörung beschieden war, mit seinem expansiven Verwertungspotential zusammenhing: „What was remarkable about the disorder they described, however, was how easy it was to apply to an astoundingly wide range of American children“ (Smith 2012, S. 50). Drei Bedingungen sollen dem Konzept zum Durchbruch verholfen haben. Zum einen fasse die Beschreibung des Syndroms bei Laufer und Kollegen die Symptome enger, als dies ihre Vorgänger taten. Anders als Still und die Erforscher des „Post-Enzephalitis-Syndroms“ (z.B. Bond & Partridge, 1926; Levy, 1959), die in ihren Studien vor allem gewalttätiges und unmoralisches Verhalten von Kindern untersuchten, interessierten sich die Kinderpsychiater des Bradley Home für *besondere Merkmale, die die Schularbeit von Kindern negativ beeinflussen*. So beschreiben sie Verhaltensauffälligkeiten, wie kurze Aufmerksamkeitsspanne, geringe Konzentrationsfähigkeit, Impulsivität, leichte Irritierbarkeit und wenig Beständigkeit im zielgerichteten Verhalten. Als zentralstes Symptom heben sie die Hyperaktivität hervor. Für die zukünftigen Forscher und Kliniker bedeutete die Engerfassung der Symptome und der Fokus auf die mit der Schule verbundenen, nicht erfüllten Leistungsanforderungen, dass sich die neu konzipierte Störung leichter identifizieren, diagnostizieren und behandeln ließ, da sie durch die systematische Gruppierung von auffälligen Verhaltensmerkmalen konkreter und dadurch fassbarer geworden sei.

Als zweite treibende Kraft identifiziert Smith die Omnipräsenz der Störungssymptomatik. Obwohl die in den Studien von Laufer und Kollegen untersuchten Kinder *stationär*

⁹⁰ Siehe unter URL: <http://www.bradleyhospital.org/about/history-of-bradley-hospital.html> [abgerufen am 08. Dezember 2019].

⁹¹ Schweizer Forscher setzten das EEG aktuell wieder als Methode zur Identifikation von Biomarkern bei ADHS ein, wie ein Beitrag in der Tageszeitung „Der Landbote“ berichtet (Meili, 2018).

versorgte Patienten des Bradley Home waren, betonten die Psychiater, die hyperkinetische Impulsstörung sei *ein alltägliches Phänomen*. Auf diese Weise rückte das Normale und das Pathologische näher zusammen. Das Problem der Abgrenzung verschärft sich noch dadurch, dass die Entwicklungsphase eines jeden Kindes einige mit der Störung assoziierte Symptome inkludiert. Diese würden zwar, wie bei den meisten „hyperkinetischen“ Kindern auch, im Verlauf der Entwicklung verschwinden. Das auf diese Art umrissene Störungskonzept erinnerte fortan mehr an normale Kinder als an die verhaltensgestörten und gewalttätigen Kinder, die in der Kasuistik von Still und der Post-Encephalitis-Forscher beschrieben worden sind. Von nun an war das Auftreten der Störung bei einer beträchtlichen Zahl von Schulkindern mit durchschnittlicher Intelligenz vorstellbar, genauso wie bei den Kindern, die einer stationären psychotherapeutischen Behandlung bedurften. Die weit gefasste Darstellung der hyperkinetischen Impulsstörung hebt hervor, dass sie zu *erzieherischen Problemen* führt. Es wird auch aufgezeigt, wie Psychotherapie die *schulischen Leistungen zu verbessern* vermag. Solche Verknüpfungen bestärkten die kollektive Wahrnehmung dahingehend, Hyperaktivität als weit verbreitete psychische Störung zu betrachten, die mit erzieherischen und verhaltenstherapeutischen Methoden angegangen werden kann.

Lauer und Kollegen haben dargelegt, dass sich die Verhaltensprobleme der von ihnen untersuchten hyperaktiven Kinder nicht ausnahmslos durch neurologische oder neonatale Hirnschädigungen erklären lassen. Einige ihrer Probanden wiesen keine der generell über die Medizintechnologie gut feststellbaren biologischen Beeinträchtigungen auf. Auch diese Feststellung mag die Tendenz erklären, warum vermehrt durchschnittliche Kinder ins Visier der Diagnose geraten sind und nicht nur Kinder mit Hirnverletzungen. Damit ist die dritte Bedingung genannt, die nach Smith (2012) zur Popularisierung des Störungskonzepts beigetragen habe.

Obengenannte Ausführungen verdeutlichen, wie mit dem Beschrieb der hyperkinetischen Impulsstörung *ein der ADHS entsprechendes Störungskonzept* vorgelegt wurde. Als Lauer und Kollegen ihre Studienergebnisse 1957 publizierten, stand in der Psychiatrie noch vorwiegend das *Paradigma der Psychoanalyse* im Vordergrund – dies wird auch in ihren Beiträgen deutlich. Infolge der medizinischen Neukonzipierung der Störung als Syndrom und durch die Nähe des Störungskonzepts zur psychoanalytischen Theorie erschien die hyperkinetische Impulsstörung sowohl für biologisch als auch für analytisch orientierte Psychiater akzeptabel und behandelbar. Damit war der Ausgangspunkt für die moderne

Konzeption der Hyperaktivitätsstörung gesetzt und es habe nicht lange gedauert, bis sich Hunderte von Forschern mit ihr auseinandersetzten. Dabei sei anzumerken, dass Leo Kanner⁹² in seinem viel beachteten und einflussreichen Lehrbuch „child psychiatry“, das 1957 in der dritten Auflage erschien, die Hyperaktivitätsstörung nicht erwähne. Gleichwohl habe dieses neue Störungskonzept innerhalb von kürzester Zeit als ein praktisches Erklärungsmodell für problematisches Verhalten gedient, besonders bei Schulkindern. Einen weiteren Faktor für dessen breite Verwendung sieht Smith in der Offenheit des Begriffs. Dabei greift er Ilana Löwys Gedanken über „lose Konzepte“ auf und schreibt:

Löwy proceeds to state that ‘imprecise concepts may help to link professional domains and to create alliances between professional groups’. This appears to be the case in the history of hyperactivity as physicians representing a number of disciplines (for example paediatrics, psychiatry, neurology and general practice) were able to interact successfully with psychologists, educators, social workers and even parents to legitimize the concept of hyperactivity and validate the means by which to treat it. (Smith, 2012, S. 53)

Das dehnbare Störungskonzept dient dementsprechend einerseits der interdisziplinären Kooperation, andererseits bietet es Lehrern, Ärzten, Sozialarbeitern, Psychologen und Eltern eine einfache Erklärung für als unpassend erachtetes Benehmen von Kindern und deren Leistungsversagen in der Schule. Abweichungen von erwartetem Verhalten, zum Beispiel in der Schule oder Zuhause, führen insofern schnell zum Verdacht, das Kind leide an einer psychischen Störung. Oft kommen solche Mutmaßungen also von Lehrern, Eltern, Sozialarbeitern, aber auch von Fachkräften mit langjähriger Berufserfahrung im Versorgungsbereich der Psychiatrie; also etwa von Pflegefachpersonen sowie Ergo- oder Kunsttherapeuten. Von einer Spezialisierung für die Abklärung einer ADHS kann auch bei Psychologen und Psychiatern nicht ausgegangen werden. Deshalb und angesichts der Diffusität des Störungskonzepts erscheint auch die Frage, ob es sich bei ADHS um eine *Verlegenheits- oder Modediagnose*⁹³ handle, durchaus berechtigt.

⁹² Leo Kanner gilt als Begründer der amerikanischen Kinder- und Jugendpsychiatrie (Kumbier, Domes, Herpertz-Dahlmann, & Herpertz, 2010, S. 58).

⁹³ Ob ADHS eine Modediagnose ist und ob Aufmerksamkeitsprobleme und Hyperaktivität zugenommen haben untersucht Schwenck (2016) in ihrem einschlägigen Beitrag.

In den USA offiziell als Krankheit anerkannt wurde das hyperkinetische Syndrom im Jahr 1968, als die psychische Störung unter dem Fachbegriff *hyperkinetische Reaktion des Kindesalters* in das amerikanische Diagnosemanual DSM-II aufgenommen wurde.

Während sich die Definition der Störung bis zum heutigen Zeitpunkt noch mehrmals veränderte, überdauerte das von Laufer und Kollegen beschriebene Störungskonzept, wenngleich sich die Rangordnung der Kernsymptome noch entwickelte (vgl. Fischer, 2007, S. 520; Smith, 2012, S. 50).

5.2 Umbrüche in Amerika zur späteren Nachkriegszeit

In den USA erlangten die Diskussionen um das hyperkinetische Syndrom, bereits vor seiner Aufnahme ins DSM-II, ab etwa 1965 zunehmend gesamtgesellschaftliche Brisanz. Sie lässt sich nicht ausreichend erklären durch die neuartigen Definitionen für das Störungskonzept und den Paradigmenwechsel in der Psychiatrie, worauf später in der Arbeit noch eingegangen wird. Hier stellt sich die Frage nach den konkreten Umständen, die der Hyperaktivitätsstörung, als einem bisher vor allem in den Bereichen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystems diskutierten Phänomen, unerwartet eine kulturelle und politische Bedeutung verschaffte? Und warum tauchte die Störung zunächst in den USA auf? Diese zwei Fragen vorausschickend geht Smith auf einige folgenreiche Veränderungen ein, die sich in Amerika zwischen 1950 und 1960 ereignet haben. Dabei vergisst er nicht zu erwähnen, dass sich nach dem 2. Weltkrieg in den meisten westlichen Industrienationen die Lebensbedingungen radikal verändert haben. 75 Millionen Kinder seien in der Zeit zwischen 1946 und 1964 in den USA geboren worden. Diese als *Babyboomer* bezeichneten Generationen überfluteten das amerikanische Schulsystem, das sich nach der Weltwirtschaftskrise und dem 2. Weltkrieg ohnehin in keinem guten Zustand befand. Der Schulalltag sei bestimmt gewesen durch überfüllte Klassenzimmer, überarbeitete Lehrpersonen und defizitäre strukturelle Bedingungen. Auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen finden sich Anhaltspunkte für den Umbruch, wie die folgenden Beispiele verdeutlichen. Infolge des wirtschaftlichen Aufschwungs konnte sich ein guter Teil der Bevölkerung ein Haus in den Vorstädten kaufen. Die Menschen waren überzeugt, dass die Vorstädte einen sicheren Ort darstellten, an dem es sich mit einer Familie leben lässt. Die Wirtschaft entdeckte die Interessen von Familien und Jugendlichen als Absatzmarkt für ihre (Lifestyle-)Produkte, das Fernsehen wurde zum Massenmedium und scharenweise entflammten Jugendliche für den Rock 'n' Roll. Alles in allem herrschte freudige Aufbruchstimmung. Gleichwohl rebellierten junge Leute gegen den Nachkriegsmief.

Zweifelloso drehte sich ein großer Teil des amerikanischen Lebens um die ökonomischen, sozialen und kulturellen Interessen der Jugend. Diese Entwicklungen wurden allerdings nicht nur optimistisch gesehen, umso weniger, als es der Sowjetunion im Jahre 1957 (als erster Nation der Welt) gelang, mit einer Interkontinentalrakete einen Satelliten in die Erdumlaufbahn zu befördern. Dieses Ereignis, in Anlehnung an den Satellitennamen als „Sputnik“-Schock bezeichnet, befeuerte den Ost-West-Konflikt oder den Kalten Krieg, indem es die vermeintliche technologische Überlegenheit des amerikanischen Militärs, des Wissenschafts- und Bildungssystems kompromittierte und demzufolge offen in Frage stellte. Die Systemkonkurrenz der Supermächte reaktivierte in der Bevölkerung nicht nur alte Ängste, sondern führte des Weiteren dazu, dass die Amerikaner an die nach dem 2. Weltkrieg geborenen Generationen hohe Erwartungen herantrugen, deren Auswirkungen besonders die Schulleistungen der Kinder aus den Jahren des Babybooms betrafen. In diesem Zusammenhang geriet die kindzentrierte Reformpädagogik unter scharfe Kritik, was sich als Folge der Skepsis und Angst, die mit den gesellschaftlichen und technischen Entwicklungen einhergingen, interpretieren lässt. Kritiker des zeitgemäßen progressiven Bildungskonzepts nutzten „Sputnik“ als Argument gegen den liberalen Erziehungsstil und verlangten eine Rückkehr zum autoritären und strenger strukturierten Schulunterricht, was nicht nur pädagogisch wirksamer, sondern auch für die nationale Sicherheit von zentraler Bedeutung sei. An diesem Punkt treffen mehrere synergetische Wirkfaktoren, die den Hyperaktivitätsdiskurs vorangetrieben haben, aufeinander. Einerseits standen die akademische Leistung und ihre Bedeutung für den technischen Fortschritt im Vordergrund, andererseits wurden sie – dem spannungsgeladenen politischen Klima entsprechend – eingebunden in ein Sicherheitsdispositiv, womit die genuinen Bildungsfragen eine neue Größenordnung erreichten. Viele einflussreiche Amerikaner vertraten nämlich die Ansicht, dass sie im technischen Wettlauf mit der Sowjetunion ins Hintertreffen geraten seien und dass sie, falls sich die schulische Leistung aller amerikanischen Kinder nicht merklich verbesserte, den Kalten Krieg insgesamt verlieren würden.

Im historischen Kontext des Kalten Krieges sei das hyperaktive Kind zum Symbol der wahrgenommenen amerikanischen intellektuellen Minderwertigkeit geworden und folglich zum Problem von Politikern, Erziehern und Wissenschaftlern, die eine Verbesserung der schulischen Leistung als zentrale Bedingung für die amerikanische Sicherheit erachteten, resümiert Smith (2012, S. 55).

Die beschriebene kollektive Wahrnehmung habe das Interesse an der Hyperaktivitätsstörung in verschiedener Hinsicht verstärkt. Die Auffassung, die akademische Leistung

(insbesondere auf Sekundarstufe 2) sei gefährdet, bildete einen Nährboden dafür, auffälliges Verhalten nicht nur zu identifizieren, sondern es zu dämonisieren. Der technische Fortschritt und die zunehmend automatisierten Arbeitsplätze verlangten vermehrt höhere schulische Standards. Während es früher einfacher war, die Schule zu verlassen und arbeiten zu gehen, war es nun üblich, länger in der Schule zu bleiben. Aufgrund der veränderten Situation auf dem Arbeitsmarkt verschärfte sich die Sichtweise auf Schüler und Schulunterricht. Frühe Schulabbrüche gerieten ebenso unter scharfe Kritik wie die pädagogische Reformbewegung im Bildungswesen. Als weiteren Punkt zur Erklärung der Zunahme von verhaltensauffälligen Schülern nennt Smith die *Einführung der neuen Profession des Schulberaters*. Die pädagogischen Berater arbeiten mit Lehrern zusammen und helfen hyperaktive Kinder mit Schulschwierigkeiten zu identifizieren sowie deren Defizite zu beschreiben, um sie dann für Diagnose und Behandlung an Fachleute zu überweisen. Die Schulberater fungieren bei der Diagnostik von Hyperaktivitätsstörungen als Dreh- und Angelpunkt zwischen dem Bildungswesen und dem medizinischen Bereich. Somit war gewährleistet, dass das anfänglich pädagogische Problem nun auch zu einem medizinischen wurde.

Das Zusammenwirken der beschriebenen Zeitströmungen und der Antworten auf sie im Bildungswesen führte dazu, dass eine neue Gruppe von Kindern ins Blickfeld der Fachwelt und der breiten Öffentlichkeit rückte. Waren es bisher die schüchternen, in sich gekehrten Kinder und die intellektuell Minderbegabten gewesen, denen sich die Sonderpädagogik besonders zugewandt hatte, so richtete sich jetzt die Aufmerksamkeit verstärkt auf die Schulaussteiger. Es verbreitete sich die Ansicht, Schulabbrüche und verpasste Bildung seien ein nationales Problem und somit eine Frage der nationalen Sicherheit. Plausibel erscheint von daher auch das Postulat, *höhere schulische Standards für alle Kinder* zu gewährleisten. Die Forderung nach zahlreicheren Absolventen und höheren Standards für Highschool-Diplome, darunter mehr Unterrichtsstunden, mehr Hausaufgaben sowie höhere Bildungsabschlüsse in kürzerer Zeit, konkretisierte das Anliegen. Das Ziel, höhere Schulabschlussraten zu erreichen, erzeugte Druck, unter welchem den Schulen Etiketten wie Hyperaktivität als eine einfache Erklärung dafür, warum einige ihrer Schüler keinen Erfolg hatten, nicht unangelegen kamen und sie darum bereitwillig akzeptiert wurden (vgl. Siegel, 1968).

Da nun offenbar Schulbildung und nationale Sicherheit in der Wahrnehmung vieler Amerikaner nahe beieinander lagen, wurden Bildungsbemühungen politisch unterstützt und durch den „National Defense Education Act“ (NDEA) 1958 auch gesetzlich

verankert. Für die Verbesserung des Unterrichts auf allen Ebenen der Schulbildung, aber auch für die Anstellung von Beratern, die den Schulabbruch von Schülern verhindern sollten, wurde im Vollzug des NDEA-Gesetzes rund eine Billion Dollar investiert (z.B. Clowse, 1981; Flemming, 1960).

Zusammenfassend kann festhalten werden, dass die Systemkonkurrenz im Verlauf des Kalten Krieges, aber auch die Modernisierungsprozesse in der Nachkriegszeit – d.h. soziale und wirtschaftliche Umstrukturierung, eine kulturelle Revolution und ein damit verbundener Fortschrittsglaube – offenbar auch eine Gegenbewegung begünstigte, im Zuge derer die Bildungsleistungen der jungen amerikanischen Babyboomer zunehmend hinterfragt wurden, zumal sich im Hinblick auf das politisch spannungsgeladene Klima hohe Erwartungshaltungen herausgebildet hatten. Kinder mussten erzogen werden, um der Gesellschaft zu dienen; die eigene egozentrische Bedürfnisbefriedigung, wozu die kommerzielle Werbung sie ermunterte, durfte dieser Gesinnung nach nicht das prioritäre Ziel sein. Somit richtete sich der Blick auf schulische Defizite, wobei die mit der Hyperaktivitätsstörung assoziierten Symptome nicht nur als Vorboten für eine akademische Leistungsschwäche galten, sondern sie wurden auch als Auslöser für nachfolgende psychische Gesundheitsprobleme betrachtet, die dem Staat unzählige Kosten bereiten würden.

5.3 Konkurrenz der Psychotherapieschulen in den USA unter Einfluss der Gesundheits- und Sozialpolitik

Durch die Aufnahme der „hyperkinetische Reaktion des Kindesalters“ im DSM-II (1968) wurde die rechtliche Grundlage geschaffen, der zufolge die psychische Störung offiziell als Krankheit anerkannt und somit auch offiziell in der öffentlichen Diskussion politisch relevant wurde. Übrigens verweist die Bezeichnung „hyperkinetische Reaktion“ darauf, dass damals in der Psychiatrie das psychodynamische Denkmodell der Psychoanalyse im Vordergrund stand, obwohl sich zu dieser Zeit auch verschiedene andere Therapierichtungen in den Institutionen etablierten. Smith erläutert den Konkurrenzkampf, der sich zwischen den Schulen der Psychoanalyse, der Sozialpsychiatrie und der biologisch orientierten Psychiatrie ereignete. Die Fragen, wie psychische Störungen zu verstehen seien, wie sie zu behandeln seien und wie die Betroffenen sich selbst und ihre Leiden verstehen, wurden grundsätzlich gestellt. Es ging dabei auch darum, die Psychiatrie unter den anderen medizinischen Wissenschaften als eigenes anerkanntes Fachgebiet zu verorten.

Smith ist der Meinung, die Charakterisierung der damaligen Psychiatrie sei nicht einfach. Viele Psychoanalytiker waren der Ansicht, menschliches Verhalten sei überwiegend durch *frühkindliche Frustrierung oder Traumatisierung* erklärbar: Kinder verdrängten ihre negativen Beziehungserfahrungen, die sie dem Entwicklungsstand entsprechend nicht verstehen und verarbeiten können, also zum Zwecke des Selbstschutzes, ins Unbewusste. Die unverarbeiteten innerpsychischen Mechanismen kehren später wieder in schwer verständlichen auffälligen Verhaltensweisen. Mit Hilfe der Methode der freien Assoziation sind unbewusste Verhaltensmuster ausfindig, erklär- und verstehbar zu machen. Damit ist die Voraussetzung für eine Verhaltensänderung gegeben.

Demgegenüber eröffnete die Entwicklung neuer psychoaktiver Substanzen, die als Medikamente mit antidepressiver, antipsychotischer und anderen praktischen Wirkungen pharmakotherapeutisch zum Einsatz kamen, neue Perspektiven, die durch biologisch orientierte Psychotherapeuten repräsentiert und propagiert wurden: Eine psychische Erkrankung stellte entsprechend der Denkweise der biologischen Schule *ein neurologisches Problem* dar, dem besser mit der Verordnung eines geeigneten Medikaments als mit einer Psychotherapie beizukommen sei.

Für die Sozialpsychologen, die dritte große Therapierichtung, resultierten psychische Probleme aus sozialen Gegebenheiten, aus Missständen wie *Armut, Überbevölkerung, Gewalterfahrung*.

Die amerikanische Psychiatrie stand damals vor einer weiteren großen Herausforderung, wobei sich der Handlungsbedarf bereits in den Folgejahren des zweiten Weltkrieges angekündigt hatte; und zwar in Form von zunehmenden psychischen Gesundheitsproblemen in der amerikanischen Bevölkerung, die ursprünglich bei Kriegsveteranen registriert worden sind. Als Reaktion darauf unterzeichnete Präsident Truman 1946 den „National Mental Health Act“, ein Gesetz, dem 1949 die Gründung des „National Institutes of Mental Health“ (NIMH) folgte, ein speziell zur Bekämpfung von psychischen Störungen aufgebautes Forschungszentrum unter der Leitung des US-Gesundheitsministeriums. Die zukünftigen Bestrebungen der Regierung und des NIMH bezogen in absehbarer Zeit auch die Versorgung von Kindern mit ein. Wie Smith darlegt, erfuhren Kinder beispielsweise durch die „Joint Commission on Mental Illness and Health“ – eine 1955 im Zuge des „Mental Health Study Act“ einberufene Kommission – besondere Beachtung. Als weiteren zentralen Beleg für das gesteigerte Interesse an der psychischen Gesundheit von

Kindern führt Smith die 1962 neu gegründete Zeitschrift „Journal of the American Academy of Child Psychiatry“ an.

Für die Entwicklung der amerikanischen Psychiatrie haben neben dem Wettbewerb der Psychotherapieschulen und den gesundheitspolitischen Interessen der späteren Nachkriegszeit die sozialpolitischen Interessen von Präsident Kennedy eine Rolle gespielt. Obwohl vorübergehend unklar blieb, wie die nationalen Gesundheitsprobleme zu lösen wären, so befürwortete Kennedy (1964) doch grundsätzlich einen pluralistischen Ansatz. Entgegen dieser Empfehlung strebten Psychoanalytiker, Sozialpsychologen und biologisch orientierte Psychiater jedoch für sich die Führungsposition ihres Fachgebietes an und versuchten sich indessen gegenseitig auszustecken. Bekanntlich trat die biologisch orientierte Psychotherapieschule siegreich aus diesem Wettstreit hervor. Psychische Störungen wurden von da an vorwiegend als genetisch und neurologisch determiniert betrachtet, was gleichzeitig dazu führte, dass sich die pharmazeutische Behandlungspraxis durchsetzen konnte. Teilweise habe dies damit zu tun, dass der biologische Ansatz billiger, zeitsparender und weniger kompliziert als die zwei anderen (mit ihm rivalisierenden) Ansätze sei. Darüber hinaus war der biologische Ansatz am besten mit den sich innerhalb der Psychiatrie vollziehenden ideologischen, technologischen und politischen Umstrukturierungen vereinbar. Die Ansicht, dass psychische Erkrankungen auf neurologischen Ursachen beruhen, stellte für viele Psychiater die *Seriosität der Psychiatrie* wieder her. In ihren Augen fehlte diese unter dem früheren Einfluss der Psychoanalyse. Hinzu kommt, dass es zu den neurologisch bedingten Verhaltensstörungen bei Kindern, die zudem mit Stimulanzien behandelbar waren, bereits eine Vorgeschichte gab. Indem sich die Forschung auf entsprechende Arbeiten bezog, kehrte sie nicht nur zu einer früheren Sichtweise zurück, sondern übernahm auch alte Begriffe zur Bezeichnung der Hyperaktivität wieder⁹⁴. Schließlich begünstigte die Verbreitung des biologischen Paradigmas Allianzen zwischen der Psychiatrie und den Pharmakonzernen. Solche Verbindungen sind vor allem

⁹⁴ Ein entsprechendes, sehr aktuelles Beispiel für die Auswirkungen eines solchen Paradigmenwechsels stellt die elfte Neuauflage des ICD dar. Der Begriff „hyperkinetische Störungen“ wurde darin durch die Bezeichnung „ADHS“ ersetzt, also der Nomenklatur des DSM angepasst. Zugleich werden die verschiedenen Subtypen der ADHS (wieder) als „neurologisch bedingte Störungen“ verstanden, im ICD 10 sind die hyperkinetischen Störungen noch der Kategorie „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ subsumiert. Das ICD 11 wurde am 18. Juni 2018 offiziell von der WHO in Genf (CH) vorgestellt, ab 01. Januar 2022 soll es in Kraft treten: <https://www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-11/index.htm> [zuletzt abgerufen am 13. Januar 2020].

im Hinblick auf die Finanzierung der Forschung wichtig, sie üben aber auf die Störungskonzeptionierung einen Einfluss aus, worauf bereits angespielt wurde. Zum Stichwort „Pharmakonzerne“ bleibt zu erwähnen, dass die Diskussion um den Einsatz von Medikamenten im Sinne der Psychopharmakotherapie bei Kindern eine zentrale Stellung im ADHS-Diskurs einnimmt. Aus diesem Grund folgt ein Exkurs zu dem wohl bekanntesten Medikament zur Behandlung der Hyperaktivitätsstörung, nämlich Ritalin®.

5.4 Behandlung verhaltensauffälliger Kinder mit Amphetaminderivaten

Smith widmet *Ritalin* sein viertes Kapitel, dessen Überschrift die eher ironische Frage aufwirft, ob es sich dabei um ein Wundermittel oder um schwarze Magie handle. Die Meinungen dazu teilen sich in zwei radikale Lager, auf der einen Seite die Fürsprecher, auf der anderen Seite die Gegner. Diejenigen, die Ritalin propagieren, stellen das Medikament als Wundermittel dar, das hyperaktive Kinder beruhigt und ihnen hilft, sich konzentriert der Schularbeit zu widmen. Das Lager der Kontrahenten referiert Ritalin als ein gefährliches Mittel zur sozialen Kontrolle, das nicht nur das natürliche Wachstum von Kindern hemmt und weitere gefährliche Nebenwirkungen impliziert, sondern Kinder auch lehrt, dass die Einnahme von Psychopharmaka oft eine notwendige Bedingung für *Erfolg und Glücksempfinden* darstellt. Das zentrale Argument, Ritalin helfe hyperaktiven Kindern dem Schulunterricht zu folgen, reicht nach Ansicht von Smith nicht aus, um zu erklären, weshalb die Amerikaner gewillt waren, ein zwar wirkungsvolles, aber potenziell gesundheitsgefährliches Medikament zur Bewältigung der Verhaltensprobleme ihrer Kinder einzusetzen. Dies umso weniger, als alternative Wege der Behandlung zur Verfügung standen und stehen.

Methylphenidat, der Wirkstoff von Ritalin, wurde 1944 erstmals durch Leandro Panizzon synthetisiert. Pannizon arbeitete zu dieser Zeit als Chemiker für das Pharmaunternehmen CIBA (heute Novartis) in Basel. In den folgenden Jahren bemühte er sich, zusammen mit Max Hartmann, um eine verbesserte Synthese von Methylphenidat. 1950 erhielten die beiden Forscher in den USA ein Patent (Hartmann & Panizzon, 1950) zur Herstellung von Ritalin, dem 1954 ein weiteres Patent für die Behandlung von psychischen Störungen folgte. Nachdem das Medikament 1955 von der Lebensmittelüberwachungs- und Arzneimittelzulassungsbehörde der USA überprüft worden war, erhielt es 1956 die offizielle Marktzulassung (Myers, 2007).

Indem Smith mehrere Werbungen in Fachzeitschriften beschreibt und medizinische Fachbeiträge analysiert, die im Zeitraum zwischen den späten 1950er und 1980er Jahre erschienen sind, zeigt er auf, dass sich im Verlauf der Werbekampagne für Ritalin nicht nur die Zielgruppen änderten, sondern auch die Einsatzbereiche, für die das Medikament angepriesen wurde. Bevor Ritalin zum Mittel der Wahl bei hyperaktiven Kindern eingesetzt wurde, sollte es als Antidepressiva und als Aufputsch- oder Energiepille für ältere Leute dienen. Eine der fokussierten Zielgruppen stellten überlastete Hausfrauen dar. Indiziert war es etwa bei milder Depression, chronischer Müdigkeit und Altersschwäche, sei aber auch bei Adipositas, Narkolepsie, Schizophrenie sowie zur Unterstützung von Psychotherapie und Elektroschocktherapie⁹⁵ verschrieben worden. An einem solch weiten Anwendungsbereich sei nichts ungewöhnlich. Bereits ab den 1930er Jahren habe man Amphetamine breit eingesetzt, um unterschiedlichste Beschwerden zu bekämpfen. In den 1950er Jahren seien viele psychotrope Substanzen entwickelt worden, für welche die Pharmakonzerne weder eine klar definierte Patientengruppe noch ein anerkanntes Syndrom im Auge hatten (siehe z.B. Rasmussen, 2008). Auch Charles Bradley habe in seinen Studien nur durch Zufall herausgefunden, dass die von ihm untersuchten Kinder unter der Wirkung von Amphetamin bessere Schulleistungen erzielten⁹⁶. Es wurde oben erwähnt, dass viele Experten des klinischen ADHS-Diskurses, darunter auch Historiker, in Charles Bradley den Urvater der Stimulanzienbehandlung bei Verhaltensproblemen sehen. Smith hält dem entgegen, dass es 25 Jahre gedauert habe, bis Amphetamine wiederentdeckt, ihre Wirksamkeit repliziert und sie als Methode zur Behandlung von Hyperaktivität eingesetzt wurden. Dann seien weitere 25 Jahre vergangen, ehe Stimulanzien zur Behandlung von ADHS weit verbreitet zum Einsatz kamen. Abgesehen von den Probanden in Bradleys Studien und einiger früh beschriebenen Einzelfälle, die wegen ihrer Verhaltensprobleme mit Stimulanzien behandelt wurden, gebe es erst ab 1960 kontrollierte wissenschaftliche Studien⁹⁷ dazu. Damit ist der Zeitpunkt gesetzt, ab dem Kinder gezielt mit Stimulanzien

⁹⁵ Wird aktuell als Elektrokonvulsionstherapie oder Elektrokrampftherapie (EKT) bezeichnet.

⁹⁶ Durch den Einsatz von Bazedrin bezweckte Bradley die Rückenmarksflüssigkeit seiner Patienten zu stimulieren und ihre Kopfschmerzen zu lindern. Gegen die Kopfschmerzen wirkte das Amphetamin zwar nicht, allerdings beobachtete Bradley eine Verbesserung der Lernfähigkeit und des Verhaltens (Mayes & Rafalovich, 2007; Smith, 2012, S. 42).

⁹⁷ Die erste systematische Studie, die auch im Hinblick auf die Forschungsmethodik einen Benchmark setzte, sei 1963 von Eisenberg und Conners publiziert worden (Schmutz, 2004). Svea Daniela Schmutz hat sich in ihrer Dissertation ausführlich mit der „Amphetaminbehandlung verhaltensauffälliger Kinder von 1937 bis in die 70er Jahre in Amerika“ auseinandergesetzt.

behandelt worden sind. Vorher seien hyperaktive Kinder für die medizinische Versorgung nicht relevant gewesen. Außerdem stimme der offensichtlich paradoxe Effekt der Behandlungsmethode skeptisch. Es sei nicht plausibel, einem Kind, das sich beruhigen sollte, Stimulanzien zu verschreiben. Tatsächlich lege eine der ersten Studien (Zimmerman & Burgemeister, 1958), welche die Behandlung von Verhaltensproblemen mit Ritalin untersucht, nahe, dass die hyperaktive Symptomatik als Nebenwirkung des Medikaments auftritt. Demgegenüber stellte eine andere klinische Studie (Lytton & Knobel, 1959) zur Untersuchung der Wirksamkeit von Ritalin bei den insgesamt 20 daran teilnehmenden Kindern eine Verhaltensverbesserung fest.

1963 publizierten Eisenberg und Conners ihre im klinischen Diskurs viel zitierten Studienergebnisse. Die beiden Forscher äußern sich allerdings in Bezug auf den Umgang mit Ritalin viel vorsichtiger, als es die positive Darstellung im klinischen ADHS-Diskurs impliziert. Die Rezeption der Studie von Eisenberg und Conners erachtet Smith aus folgenden Gründen als unzureichend. Einerseits seien die Angaben zu den Probanden ungenau, das heißt, es wird nicht explizit darauf hingewiesen, dass es sich bei ihnen nicht um Schulkinder, sondern um Patienten einer stationären psychiatrischen Klinik handelt. Diese hätten bestimmt unter schwerwiegenderen Verhaltensproblemen gelitten als auffällige Schulkinder. Andererseits stellen die beiden Forscher fest, dass Ritalin bei weniger intelligenten Kindern besser wirke als bei Kindern mit höherer Intelligenz. Im Rückblick sei dies insofern überraschend, als Hyperaktivität im klinischen Diskurs oft als Störung aufgefasst wird, die Kinder mit durchschnittlicher oder hoher Intelligenz behindert, ihr Potential zu entwickeln. Eine derart selektive Rezeption wirke nicht sehr überzeugend. Weiter haben Eisenberg und Conners die Effekte von Ritalin zwar als erheblich beurteilt, gleichzeitig aber als allarmierend, da 70% der Probanden in der Experimentalgruppe starke Nebenwirkungen zeigten. Interessant sei dies, da erwartet wurde, dass Ritalin weniger schwere Nebenwirkungen habe als andere Medikamente, inklusive anderen Stimulanzien. In der Schlussfolgerung betonen Eisenberg und Conners, die Behandlung mit Ritalin sei zwar vielversprechend, verzichten jedoch im Hinblick auf die beträchtliche Varianz in Grad und Art der durch Ritalin bewirkten Verhaltensänderungen dem Medikament eine pauschale Rückendeckung zu geben. Stattdessen postulieren sie die Notwendigkeit weiterer Studien, welche die Effekte von Ritalin auf die Persönlichkeit mit einbeziehen sollen. Trotz dieses vorsichtigen Fazits werden die Ergebnisse von Eisenberg und Conners Studie mehrfach so interpretiert, als lieferten sie unwiderlegbare Belege für den Nutzen von Ritalin bei hyperaktiven Kindern.

Das Studiendesign von Eisenberg und Conners deutete an, wie zukünftige Therapiestudien für Kinder betrieben werden sollen und wie darüber zu berichten ist. Daher sei es ein Beispiel für einen neuen erkenntnistheoretischen Ansatz hinsichtlich der Methodik zur Bewertung der Auswirkung von Medikamenten auf das menschliche Verhalten, in diesem Fall das Verhalten von Kindern. Anstelle der klinischen Evaluation, die typischerweise im Sprechzimmer des Arztes stattfand, wurde das alltägliche Verhalten von Patienten immer häufiger in Form von *Double-Blind-Studien* beurteilt, wodurch der teilnehmende Patient allmählich zum anonymen Subjekt umfunktioniert wurde. Neben den Wirkungen von Ritalin, dessen Vermarktung durch die Pharmakonzerne und dem Wunsch von Eltern, die Verhaltensprobleme ihrer Kinder zu regulieren, biete möglicherweise der neue Forschungsansatz die wichtigste Erklärung für den Erfolg von Ritalin, folgert Smith.

Im Anschluss an die klassische Studie von Eisenberg und Conners sorgte die Diskussion um Ritalin in kürzester Zeit nicht nur in medizinischen Fachzeitschriften für Aufsehen, sondern – dank der Medien – auch in der Öffentlichkeit. Ein in der New York Times erschienener Artikel (Reinhold, 1970) bezeichnet Ritalin als das Medikament, das helfen kann, widerspenstige Kinder zu steuern. Die Medien veröffentlichten zunehmend Erfolgsgeschichten, wie beispielsweise die über „Billy the Wall Climber“ und „Jackie D“. Andererseits mehrten sich die Stimmen aus dem kritischen Lager, die eine *unzureichende Kenntnis über Wirkmechanismen* und die *Unabsehbarkeit von Langzeitfolgen* bedachten. Die Nebenwirkungen von Ritalin, wie Depression, Schlaflosigkeit, Anorexie, Enuresis, Reizbarkeit, Herzprobleme, Halluzinationen, bereiteten weiteren Anlass zur Sorge. Auch sei das Medikament gedanklich oft mit illegalen Amphetaminen, wie Speed, Bennies, Uppers, Crystal Meth verknüpft worden. Das Potential des Missbrauchs – aber auch die massenhafte legale Produktion um 1970 – führten bereits 1971 dazu, dass die „Food and Drug Administration“ in Kooperation mit einem wissenschaftlichen Gremium, der „Task Force on Drug Abuse“, einem dem Senat unterstehenden Komitee empfahl, Ritalin gleich einzustufen wie Morphin und andere gefährliche Arzneimittel. Außerdem müsse sein Einsatz strenger kontrolliert werden. Dagegen wehrte sich der Pharmakonzern CIBA-Geigy, der Ritalin neu vertrieb, und entgegnete dem Komitee, dass ihnen kein Fall von Ritalin-Missbrauch bekannt sei; eine strengere Handhabung würde das Medikament stigmatisieren. Trotz dieses Protestes von GIBA-Geigy warnte die Task Force und äußerte die Meinung, der legitime Gebrauch von Ritalin habe ein exzessives Ausmaß erreicht, sie wies darauf hin, dass Ärzte Kindern das Medikament verschreiben, ohne über eine *adäquate Diagnosekompetenz* zu verfügen. Peter Schrag und Diane Divoky beschreiben die

Vehemenz, mit welcher der Pharmakonzern sein Produkt und die Idee der Hyperaktivitätsstörung vermarktet haben (Schrag & Divoky, 1976). Den zwei Autoren nach kann die Rolle der Pharmaindustrie bezüglich der fachlichen und öffentlichen Meinungsbildung über Kinder mit Lernschwierigkeiten unmöglich überschätzt werden.

Auf Order der „Food and Drug Administration“ durften CIBA und andere Pharmakonzerne ihre Werbung nicht mehr direkt an Eltern und Lehrer richten. Nach Ansicht von Schrag und Divoky beeinflusste dies den Verkauf von Ritalin allerdings nicht wesentlich. In den frühen 1970er Jahren habe Ritalin den Markt für Medikament zur Behandlung von Hyperaktivität mit einem Volumen von 80% dominiert, obwohl es viel teurer war als vergleichbare Produkte wie etwa Dexedrin (ebd., S. 111-112, 115-116).

Mit der Expansion der Diagnose und der Zunahme der Verschreibungen von Ritalin verschärfte sich die Diskussion um die Störung und das Medikament zur Behandlung der Störung, sie wurde lauter und polemischer. Die Zunahme der Verschreibung als Folge der Zunahme der Diagnosen in denselben Zeiträumen erkläre die Popularität und Dominanz der Behandlung mit Ritalin bei Hyperaktivität aber nur unzureichend. Auch der Befund, dass Ritalin wirke, reiche als Argument nicht aus. Bei der Wirksamkeit gehe es nämlich nicht nur um die Linderung der Symptomatik. Ritalin habe vielen Psychiatern und Ärzten der allgemeinen Medizin, gerade im Umgang mit hartnäckigen und schwierigen Fällen, *schnelle Erfolge* ermöglicht. Anstatt einer langwierigen Beratung über Monate oder Jahre hinweg und der eingehenden Auseinandersetzung mit der sozialen und der entwicklungsspezifischen Geschichte des Patienten erreichten Ärzte dank Ritalin sofort Ergebnisse. Neben der Wirkung des ausgeklügelten Marketings der Pharmaindustrie und dem Wunsch der Psychiatrie, eine fortschrittliche und seriöse Wissenschaft zu sein, dürfe nicht unterschätzt werden, dass eine Verordnung von Ritalin *eine positive Begegnung zwischen Patienten, Eltern und Psychiater* fördern konnte. Obwohl die Verordnung des Medikaments einige Bedenken auslöste, lässt sich die Bereitschaft, diese Option zu wählen, besser verstehen in Anbetracht der proklamierten düsteren Aussichten von unbehandelten, schwierigen Fällen. Smith zitiert den Psychiater James Swanson, für welchen die Medikation „[could] mean the difference between a kid ending up at Berkeley and ending up in prison“ (Swanson, o.J., zitiert in Leo, 2002, S. 53). Dieses Zitat repräsentiert eine damals verbreitete extreme Vorstellung zu den *Aussichten von nicht behandelten Kindern*, wie auch die folgende Äußerung eines Kinderarztes zeigt:

If we could figure out how to turn kids in a more meaningful way, then I would be the first to say ‘Throw out the drugs!’ But we have to use them as tools to help these kids from going down the drain⁹⁸. (Smith 2012, S. 122)

Ritalin wurde demnach als Rettung gesehen, damit die Kinder nicht verloren oder „den Bach runter“ gehen. Dank dem Medikament könnten Kinder sichere Bindungen eingehen und also positive Lebenserfahrungen sammeln. Dies seien wichtige Voraussetzungen, um Vertrauen aufzubauen und einen gesunden Selbstwert zu entwickeln. Darüber hinaus wirke es prophylaktisch gegen die psychischen Probleme, die mit Hyperaktivität assoziiert wurden. Aus einer solchen Perspektive betrachtet, erscheint die Verschreibung von Ritalin weniger als Maßnahme zur Verhinderung von störendem Verhalten, das Eltern und Lehrer belastet, sondern vielmehr als Maßnahme zur Verhinderung von zukünftigen Gesundheitsproblemen der betroffenen Kinder selbst, resümiert Smith.

Ab dem Jahr 2000 vergrößerte sich die Kluft zwischen Befürwortern und Gegnern von Ritalin noch einmal. Während sich der Gebrauch des Medikaments inzwischen zunehmend verbreitet und normalisiert hatte, zeigte die Expansion der Internetnutzung, wie einfach abweichende Meinungen sich verbreiten lassen und wie schnell sie ein Publikum finden konnten. Zugleich führte die Auffassung der Befürworter, Ritalin helfe Menschen mit Hyperaktivitätsstörungen bessere schulische Leistungen zu erzielen, zur Frage, ob die Wirkung des Medikaments nicht von allen Lernenden genutzt werden könne. Damit war die Diskussion über das sogenannte „Neuroenhancement“ eröffnet, für die Befürworter eine notwendige Entwicklung, die ihrer Ansicht nach mit Verteilungsgerechtigkeit zu tun hat.

Demgegenüber vertraten die Gegner den Standpunkt, dass die Zulassung von Ritalin wegen der gefährlichen Nebenwirkungen eingeschränkt oder ganz verboten werden sollte. Den Zündstoff für solche Ansichten lieferte eine Reihe von Negativmeldungen⁹⁹, die in den Jahren zwischen 1990 und 2000 publik geworden sind. Es ging dabei um durch Ritalin initiierte Herz-Kreislauf-Störungen, die in einigen Fällen zu Herzversagen und zum Tode geführt hatten.

Zum Abschluss des Kapitels fasst Smith seine Gedanken zusammen: Der Pharmakonzern CIBA und seine Nachfolger mögen Ritalin und das Konzept der Hyperaktivität zwar

⁹⁸ Quellenangabe: „Sidney Adler quoted in Anonymous, ‘Drugs for Learning’, *Time* (10 August 1970), at www.time.com, accessed 29 March 2011“ (Smith 2012, S. 215).

⁹⁹ Siehe z.B.: <http://www.ritalindeath.com/> [zuletzt abgerufen am 13. Januar 2020].

aggressiv vermarktet haben, der Sputnik-Schock und die daraus resultierende Bildungs-
krise zeigten aber auch, dass die Pharmaindustrie nicht nur eine Nachfrage kreiert, son-
dern zugleich auf sie reagiert habe. Ritalin sei anfangs als Aufputschpille für ältere Leute
propagiert worden. Diese Zielgruppe hätte die Pharmaindustrie aber trotz einer durchset-
zungsfähigen Marketingkampagne nicht erreicht, was zeige, dass die Werbung nur einen
begrenzten Einfluss auf die Entstehung einer überproportionierten Nachfrage habe. We-
nig ins Gewicht fällt dabei das Argument, Ritalin sei chemisch ähnlich beschaffen wie
illegale Amphetamine oder Stimulanzien, etwa Speed und Kokain. Es wird gekontert mit
der Meinung, Ritalin sei nicht so weit entfernt von Coffein.

Weite Verbreitung hat die vermittelnde Ansicht gefunden, Ritalin weise zwar gewisse
Nebenwirkungen auf, habe aber auch das Potential, unruhige Kinder zur geforderten An-
passung zu führen und damit einen geordneten Schulunterricht zu ermöglichen, manch-
mal auch die unter den Störungen leidenden Familienverhältnisse zu verbessern. Von da-
her sei es verständlich, dass Eltern, Lehrer und Ärzte ein gewisses Risiko akzeptierten.
Ritalin als Wundermittel oder als bittere Pille zu sehen, sei eine vereinfachte Bewertung
dessen, was sich als hochkomplexe emotionale und ethische Frage darstelle. Die Ge-
schichte von Ritalin zeige, dass die Frage, ob Ritalin verschrieben werden soll, viele As-
pekte berücksichtigen muss. Darum antwortet Smith auf seine im Titel des Kapitels auf-
geworfene Frage „*Ritalin: Magic Bullet or Black Magic?*“ mit dem Satz, letzten Endes
sei es weder das eine noch das andere, und lässt damit die Entscheidung offen.

6. Forschungsergebnisse zu typischen Aussagen

Die nachfolgend angeführten Artikel präsentieren Studienergebnisse, die Fragestellungen zur *Beeinträchtigung des Funktionsniveaus, der Lebensqualität (oder des Wohlbefindens) und der Interaktionsfähigkeit* bearbeiten¹⁰⁰. Acht Studien beschäftigen sich mit Fragen und Ergebnissen zum Diskursstrang „Interaktion“, sieben zu „Funktion“ bzw. „Leistungsfähigkeit“, vier zu „Lebensqualität“. Eine Studie tangiert die beiden Bereiche „Lebensqualität“ und „Interaktion“. Sie untersucht die Zuverlässigkeit von Elternangaben in der Fremdbeurteilung der Störungssymptome bei Kindern¹⁰¹.

Jeder Studien-Skizze wird der Cluster-Typ¹⁰² (s. Unterkapitel 4.4.1, S. 81) vorangestellt. Erziehungswissenschaftlich bedeutsame Ergebnisse werden kommentiert.

Beeinträchtigte Interaktionsfähigkeit – Cluster 2

Art. 1 (OA: 1999): Familienprozesse bei ADHS

Forschungsinteresse: Zeigen sich Unterschiede im Erziehungsverhalten der Mutter und in der familiären Interaktion bei Eltern von Jungen mit ADHS und bei Eltern von Jungen ohne ADHS. Fokussiert wurden Bindung, Sozialkompetenz und Interaktionsstil.

Stichprobe: N=36 (6 Fam. mit hyperaktivem Jungen (Alter: 9 – 12; 3./4. Schulklasse), 6 Familien als Kontrollgruppe mit Kind ohne ADHS, beide Gruppen (Experimental- und Kontrollgruppe) gehören der Mittelschicht an.

¹⁰⁰ In Unterkapitel 3.2.1 wurden alle erfassten Artikel nach übergeordneten Themenbereichen, die in der Kritischen Diskursanalyse als Diskursstränge (Aussagenfelder) bezeichnet werden, gruppiert. Dieses sechste Kapitel enthält fast ausschließlich die Artikel, die den Diskurssträngen „Funktion“, „Leistung“, „Interaktion“ und „Lebensqualität“ zugeordnet wurden. Leistungsdefizite werden oft auch als mit ADHS assoziierte, individuelle Einschränkungen im emotionalen, kognitiven und/oder sozialen Bereich diskutiert, auch darum fasst der strukturanalytische Teil dieser Arbeit die vier Diskursstränge zusammen. Den über die Feinanalysen herausgearbeiteten und dargelegten Aussagen (s. Kap. 4) werden nun empirische Studienergebnisse gegenübergestellt.

¹⁰¹ Eine Übersicht der Diskursstränge und ihnen entsprechender typischer Aussagen findet sich im Anhang ab Seite 172.

¹⁰² Zur Erinnerung: Cluster 1: Beeinträchtigung des Funktionsniveaus, Cluster 2: Beeinträchtigte Interaktionsfähigkeit, Cluster 3: Beeinträchtigte Lebensqualität

Methodik: Eingesetzt wurden Fragebogen, Skulptur- und Beobachtungsverfahren (Videoaufzeichnung eines Konfliktgesprächs zwischen Vater, Mutter und Kind)

Klassifikationsgrundlage: Diagnosekriterien nach DSM III-R

Ergebnisse: Klinische Gruppe (Experimentalgruppe: EG) und Kontrollgruppe (KG) unterscheiden sich im Steuerungs- und Erziehungsverhalten sowie im Verhalten der Kinder (aversive ggs. Steuerung¹⁰³): Mütter der EG operieren häufiger mit Bestrafung, unangemessener materieller Belohnung, Liebesentzug. In Konfliktgesprächen zeigten sie im Vergleich mit den Müttern der KG mehr sozialemotional negative (Ablehnung, Verteidigung) als positive Reaktionen (Zuneigung, Zustimmung, Bekräftigung). Unterschiede fanden sich auch im Hinblick auf emotionale Verbundenheit und hierarchische Differenzierung (klare Generationsgrenzen zw. Eltern und Kinder, was z.B. bei Entscheidungsprozessen bedeutsam ist), die bei den Familien der KG positiver ausfielen.

22. Kommentar: Die Ergebnisse dieser aufschlussreichen Pilotstudie sind aufgrund der kleinen Probandenzahl nicht repräsentativ und können nicht verallgemeinert werden, was die Urheber der Studie selbst anmerken. *Interaktionelle Schwierigkeiten* bei ADHS-Betroffenen und deren Bezugspersonen sind zentrales Thema des klinischen ADHS-Diskurses. Vergleichbare Ergebnisse ergab die in Artikel 4 dargelegte Studie (s.u.).

Beeinträchtigte Interaktionsfähigkeit – Cluster 2

Art. 2 (OA: 1999): Soziale Kompetenz bei Kindern mit sozialen Anpassungsschwierigkeiten

Forschungsinteresse: Beleuchtet werden Interaktionsaspekte im Schulalltag mit besonderer Berücksichtigung von sozialem Status, Aggression und Viktimisierung. Dabei stehen soziale Kompetenzen (SK) von problematisierten Schülern im Fokus, die durch Selbsteinschätzung und Fremdreferenzen ermittelt wurden.

Stichprobe: N=1774 (Altersrange: 10, 12, 14; Schüler/-innen der 4., 6. und 8. Klasse)

Methodik: Zum Einsatz kamen Fragebogen für Eltern, Lehrer und Schüler sowie soziometrische Ratings, die den sozialen Status durch Mitschüler-Nominierung zum Verhalten in der Klasse (gegenüber Lehrer und Schüler) ermitteln.

¹⁰³ Zur Erklärung des Interaktionsgeschehens in Familien mit hyperaktiven Kindern, welches primär durch aversive gegenseitige Steuerung gekennzeichnet sei, wird auf die „Theorie der Zwangsprozesse“ verwiesen (Patterson, 1970; Patterson, Reid, & Dishion, 1992).

Klassifikationsgrundlage: Fragen zu Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörungen, emotionalen Problemen und Disziplinschwierigkeiten sind im Lehrerfragebogen enthalten; für die Studie sind klinische Diagnosen weniger relevant.

Ergebnisse: Lehrerurteile zu SK fielen weitaus kritischer aus als Elternurteile; SK von Buben wurde klar geringer eingeschätzt als jene von Mädchen (in höheren Schulstufen abnehmend); Bewertungen der SK korrelieren deutlich mit sozialem Status und aggressiv auffälligem Verhalten: negativ für abgelehnte oder unbeachtete, positiv für in der Peer-Group akzeptierte Schüler und Schülerinnen; entgegen der Vermutung keine Hinweise für weniger SK bei hyperaktiven Schülern mit gleichzeitigem Aufmerksamkeitsdefizit, etwa die Hälfte von ihnen fällt im Lehrerurteil häufig durch aggressives Verhalten auf; im Eltern- und Lehrerurteil mangelt es scheuen und zurückgezogenen Kindern sowie Schülern, die zu Opfern von Mitschüler-Aggressionen wurden, an SK.

23. Kommentar: Eine aufschlussreiche Studie, die Interaktionsaspekte und Anpassungsschwierigkeiten in der Schule thematisiert. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass soziale Interaktionen im Schulalltag durch Peerkontakte und Lehrer-Schüler-Beziehungen geprägt sind und zeigen, wie soziale Kompetenzen und die Fremdwahrnehmung zusammenhängen und letztendlich auch die Beziehungsgestaltung beeinflussen. *Im Umgang mit Anpassungsschwierigkeiten und Integrationsproblemen spielt die Förderung von sozialen Kompetenzen offensichtlich eine zentrale Rolle.*

Beeinträchtigte Interaktionsfähigkeit – Cluster 2

Art. 4 (OA: 2001): Mutter-Kind-Interaktion und externalisierende Störungen bei Kindern im Grundschulalter

Forschungsinteresse: Wie verhalten sich achtjährige Kinder mit den Diagnosen HKS und SSV (Störung des Sozialverhaltens) in der Interaktion mit ihren Müttern? Im Fokus standen das mütterliche Steuerungsverhalten, die Interaktionsmuster sowie deren Bedeutung/Implikation für externalisierendes Verhalten der Kinder.

Stichprobe: Selektion aus dem Datenpool der Mannheimer Risikokinderstudie¹⁰⁴ (insgesamt 363 erstgeborene Kinder).

¹⁰⁴ Für detaillierte Angaben zu Stichprobe und Forschungsdesign siehe bei Laucht, Esser und Schmidt (2000).

Methodik: Interaktionsanalysen von Videoaufnahmen, die mithilfe von Beobachtungsskalen ausgewertet wurden.

Klassifikationsgrundlage: Diagnosekriterien für HKS und SSV nach ICD 10

Ergebnisse: Das Verhalten der Kinder mit HKS (und SSV) beeinflusste das Steuerungsverhalten ihrer Mütter negativ, was wiederum negativ auf die Anzahl der hyperkinetischen Symptome zurückwirkte (wechselseitige negative Verstärkung). Die Mütter der Kinder mit HKS verhielten sich in der Interaktion restriktiver, abwertender und weniger angemessen als die Mütter der unauffälligen Kinder. Auch die untersuchten Kinder mit SSV verhielten sich ihren Müttern gegenüber abwertender, aggressiver und provokativer als die unauffälligen Kinder, was bei den Müttern wiederum zu mehr Ungeduld führte.

24. Kommentar: *Diese Studienergebnisse bestätigen zentrale Aussagen über interaktionale Schwierigkeiten, die eine gestörte Interaktion zwischen ADHS-Kindern und ihren Eltern sowie generell mit dem sozialen Umfeld beschreiben¹⁰⁵. Die untersuchten Mütter reagierten häufiger restriktiv und punitiv und setzten weniger liebevolle Steuerungsstrategien ein. Dabei erwiesen sich negative Emotionen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten als besonders bedeutsam. Die Rolle der Mütter dürfe jedoch nicht überbewertet werden, stattdessen gelte es die Wechselwirkung mütterlichen und kindlichen Verhaltens im Blick zu behalten. Es gelte Interventionen und Maßnahmen zur Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung zu realisieren mit dem Ziel, den Teufelskreis der wechselseitigen Aversion zu durchbrechen.*

Interessant ist eine Äußerung im zweiten Abschnitt der Einleitung des Artikels, wonach externalisierendes Verhalten in einem engen Zusammenhang steht mit Familienvariablen, wie etwa niedrigem Einkommen, kinderreichen Familien, familiärem Stress. Der Vergleich mit Eltern von unauffälligen Kindern habe gezeigt, dass Eltern von verhaltensauffälligen Kindern in ihrer eigenen Kindheit durch psychische Auffälligkeiten und ungünstige, wenig förderliche familiäre Verhältnisse belastet waren. Eine wichtige Rolle für die Pathogenese psychischer Störungen spielten sowohl biologische als auch psychosoziale Faktoren, wobei der Einfluss auf den Verlauf der Störung durch letztgenannte eher belegt sei. Diese Befunde kontrastieren mit der im aktuellen Diskurs dominierenden genetischen Hypothese und verweisen indirekt auf die *Notwendigkeit einer systemischen Perspektive*.

¹⁰⁵ Siehe auch den 11. Kommentar auf Seite 63 dieser Arbeit, Text G. Nissen (Circulus vitiosus)

Art 29 (OA: 2007): Altersabhängige Unterschiede in neuropsychologischen Leistungsprofilen bei ADHS und Autismus

Forschungsinteresse: Die Studie erforscht altersspezifische Unterschiede bezüglich kognitiver Leistungen der beiden klinischen Gruppen im Vergleich zu „normal“ entwickelten gesunden Kindern und Jugendlichen.

Stichprobe: Insgesamt: N= 103 (Altersrange: 6-18 Jahre): ADHS (n=31); Asperger-Syndrom bzw. hochfunktionaler Autismus (n=42); KG: gesunde Kontrollgruppe (n=30); 3 Altersgruppen: (6-10 Jahre; 11-14 Jahre; 15-18 Jahre); bei allen Subgruppen überwiegt der Anteil männlicher Probanden (ca. 85%).

Methodik: Anhand neuropsychologischer Tests wurden sogenannte „exekutive Funktionen“ (Daueraufmerksamkeit, Inhibition und Reaktionswechsel, Arbeitsgedächtnis und Planungsverhalten) sowie die emotionsbezogene Gesichtserkennung in Abhängigkeit der Alters- und der Gruppenunterschiede untersucht und verglichen; weitere Bedingungen waren IQ \geq 80; ohne ZNS-wirksame Medikamente (ggf. verordnetes MPH wurde 24 Stunden vorher abgesetzt).

Klassifikationsgrundlagen: Diagnose-Checkliste für hyperkinetische Störungen (DCL-HKS); Diagnose-Kriterien nach DSM-IV, ICD 10; revidiertes Autismus-Diagnostisches Interview (ADI-R); Beobachtungsskala für autistische Störungen (ADOS); Diagnose-Checkliste für tiefgreifende Entwicklungsstörungen (DCL-TES).

Ergebnisse: Eine Verbesserung der exekutiven Funktionen konnte mit zunehmendem Alter bei allen untersuchten Gruppen festgestellt werden. Deutliche Unterschiede zeigten sich in den beiden klinischen Gruppen im Alter zwischen 11 und 14 Jahren bei den Aufgaben zur Daueraufmerksamkeit und Inhibition, wobei die Autismus-Gruppe bessere Leistungen erzielte. Die Daueraufmerksamkeit verbesserte sich bei beiden Gruppen mittelfristig. Überdies nehmen Defizite in der Inhibitionsleistung bei Kindern mit ADHS langfristig ab. Insgesamt zeigten sich keine statistisch signifikanten störungsspezifischen Gruppenunterschiede, weder hinsichtlich der Exekutivfunktionen noch bezüglich der emotionsbezogenen Gesichtserkennung.

25. Kommentar: Die Forscher merken an, dass der deskriptive Charakter der Untersuchung und die sehr kleinen Stichproben eine verallgemeinernde Interpretation der Ergebnisse nur begrenzt zulasse. Dagegen beurteilen sie die Berücksichtigung des Alters bei der Anwendung neuropsychologischer Testverfahren als sinnvoll, weil es helfe

individuellen Leistungsvoraussetzungen unterschiedlicher Patientengruppen besser gerecht zu werden.

Beeinträchtigte Lebensqualität – Cluster 3
(Beeinträchtigte Interaktionsfähigkeit – Cluster 2)

Art. 32 (OA: 2007): Ärgerregulierung bei Jungen mit ADHS

Forschungsinteresse: Verhaltenshemmung und Impulskontrolle spielen in der Regulation von Ärger eine bedeutende Rolle. Aufgrund der mit ADHS assoziierten Defizite in diesen Bereichen interessierte die beiden Forscherinnen, wie Jungen mit ADHS reagieren, wenn sie sich über ihren Freund ärgern. Erwartet wurde, dass sie im Vergleich mit Jungen ohne ADHS den Freund schneller konfrontieren, seltener eine ruhige Aussprache suchen, sich seltener distanzieren vom Ärger bzw. den eigenen Anspruch seltener zurücknehmen.

Stichprobe: Insgesamt 46 Jungen im Alter von 8 bis 13 Jahren: 23 Jungen mit ADHS (EG), 23 Jungen ohne ADHS (KG).

Methodik: Selbstbeurteilungs-Fragebogen für Kinder, der Strategien zur Regulation von Ärger erfassen soll; statistische Auswertung mittels Korrelationen und Mittelwertvergleichen.

Klassifikationsgrundlage: Diagnose der EG-Kinder: „Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ (F90.0) nach ICD 10.

Ergebnisse: Entgegen der Erwartung zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen EG und KG bezüglich konfrontierender und schädigender Strategien zur Regulation des Ärgers. Hypothesenkonform hingegen gaben Jungen mit ADHS im Vergleich zur KG signifikant seltener an Ärger distanzierende Strategien zu verwenden. Auch die Strategien „Erklären“ und „den eigenen Anspruch zurücknehmen“ (d.h. eine ruhige Aussprache suchen) wurden von ihnen seltener angegeben. Jungen mit ADHS schätzen ihren Einsatz von Strategien zur Regulation ihres Ärgers geringer ein als die Jungen der KG. Kein Unterschied zwischen den zwei Gruppen zeigte der Selbstbericht bezüglich Auslebens eines aggressiven Ärger-Impulses.

Art. 39 (ÜA: 2008): Die Bedeutung des Vorliegens einer ADHS bei Müttern für die Behandlung ihrer Kinder mit ADHS

Forschungsinteresse: Die Untersuchung geht der Frage nach, ob die Behandlung der ADHS von Müttern inklusive eines Elterntrainings die Wirksamkeit der Behandlung der ADHS ihrer Kinder erhöht.

Stichprobe: 144 Mutter-Kind-Paare (beide mit ADHS, keine Altersangaben im Artikel)

Methodik: Randomisiertes Kontrollgruppendesign (RCT); Therapieprogramme nach Manual; Videoaufzeichnungen, Adherence-Skalen zur Einschätzung, ob die Therapeutenempfehlungen eingehalten werden; Intention-to-treat- und Per-protocol-Analysen; externes Monitoring; unabhängiges Data Monitoring and Safety Committee; Behandlungsdauer 13 Wochen (kognitive Verhaltenstherapie in der Gruppe in Kombination mit einer offenen MPH-Medikation).

Klassifikationsgrundlage: Diagnosekriterien nach DSM-IV

Ergebnisse: Die Mütter mit ADHS zu behandeln wird als wesentliche Voraussetzung für den Erfolg von psychosozialen Interventionen bei hyperkinetischen Kindern betrachtet.

26. Kommentar: Ein überaus aufwendiges Studiendesign, das den Initiatoren zufolge zentrale Qualitätskriterien für Psychotherapiestudien Rechnung trägt. Alles in allem bietet der Artikel einen *guten Überblick zu den mit ADHS assoziierten negativen Auswirkungen* im Hinblick auf Familienklima, Erziehungsverhalten, Beeinträchtigung der gegenwärtigen sowie zukünftigen Lebensqualität von Betroffenen. *Zentrale Aussagen im klinischen Diskurs zu Interaktionsschwierigkeiten im Zusammenhang mit ADHS werden im Artikel bestätigt.*

Art. 46 (OA: 2009): ADHS bei Jungen im Kindesalter – Lebensqualität und Erziehungsverhalten

Forschungsinteresse: Erforscht wurden Unterschiede in der Lebensqualität von Kindern mit ADHS sowie deren Bezugspersonen im Vergleich zur Lebensqualität von gesunden Kindern und deren Bezugspersonen. Das Erziehungsverhalten der Bezugspersonen war ebenfalls Gegenstand der Untersuchung.

Stichprobe: 1. UV: „Jungen mit ADHS“ (N=29), „Gesunde männliche KG“ (N=29), 2. UV: Alter (8-9 Jahre, N= 34 vs. 10-11 Jahre, N= 24); Mütter der männlichen Probanden (N=58)

Methodik: Im zweifaktoriell angelegten Forschungsdesign beantworteten Mütter mittels Fragebogen ihre eigene und die Lebensqualität ihrer Kinder wie auch Fragen zu ihrem Erziehungsverhalten; die unabhängigen Variablen (Vergleichbarkeit des Alters, verbale Intelligenz und Schulform) der Experimental- und Kontrollgruppe wurden mittels Parallelisierung kontrolliert.

Klassifikationsgrundlage: Diagnosekriterien nach ICD 10

Ergebnisse: Gemäß der Hypothese schätzten die Mütter mit ADHS die Lebensqualität ihrer Kinder sowie ihre eigene geringer ein als die Mütter der Kontrollgruppe mit Kindern ohne ADHS. Jedoch zeigte sich auch, dass die Mütter von Kindern mit ADHS gegenüber den Müttern der Kontrollgruppe ihr eigenes Erziehungsverhalten eher negativ einschätzten.

27. Kommentar: Die Ergebnisse decken sich mit entsprechenden Aussagen in der Fachliteratur, sie sind aber aufgrund verschiedener methodischer Einschränkungen nicht generalisierbar, worauf die Forscher selbst hinweisen. *Die Schlussfolgerung der Autoren aus ihren Befunden ist erfreulich. Sie bevorzugt bezüglich Behandlung eine systemische Perspektive und setzt nicht, einseitig defizitorientiert, beim Individuum an.* So lautet die Zusammenfassung der Autoren: „Die Befunde unterstreichen die Notwendigkeit familienorientierter Interventionsmaßnahmen bei der Behandlung von ADHS, die auch die psychosoziale Anpassung der Bezugspersonen berücksichtigt“ (Schreyer & Hampel, 2009, S. 69).

Art. 59 (OA: 2011): Temperament und soziale Reaktivität bei Autismus-Spektrum-Störungen (ASD) und ADHS

Forschungsinteresse: Untersucht wurde, ob spezifische Temperaments-¹⁰⁶ und Persönlichkeitskonstellationen¹⁰⁷ bei Kindern mit ASD im Vergleich zu Kindern mit ADHS schon im Kindesalter zu finden sind und inwiefern solche Persönlichkeitsmerkmale soziale und kommunikative Schwierigkeiten beeinflussen.

Stichprobe: N=68 (Alter: 7-11 Jahre): Kinder mit ADHS (n= 32), Kinder mit ASD (n= 36)

Methodik: Einsatz von diagnostischen Interviews, Beobachtungs- und Fragebögen, Intelligenztests, Erfassung von Verhaltensproblemen durch Screenings und Checklisten, Temperament- und Charakterinventar (JTCI 7–11 R: Angaben zu Persönlichkeit und Sozialverhalten), soziale Reaktivitätsskala (SRS), Parallelisierung (UV: Intelligenz, Geschlecht, Alter), statistische Verfahren: ANOVA und Regressionsanalysen (ausgewertet mit SPSS 15).

Klassifikationsgrundlage: Diagnosekriterien ADHS nach ICD 10 (FBB-HKS: ausgefüllt von Lehrern und Eltern); Diagnosekriterien ADS: ADOS, ADI-R

Ergebnisse: Die Kinder der beiden klinischen Gruppen (ADHS/ASD) zeigten gegenüber der Normstichprobe¹⁰⁸ deutlich tiefere Werte bezüglich Beharrungsverhalten, Selbstlenkungsvermögen und Kooperationsbereitschaft. Kinder mit ASD wiesen außergewöhnlich

¹⁰⁶ Unter Temperament sind biologisch fundierte, zeitlich eher stabile Persönlichkeitsmerkmale einer Person zu verstehen. Der JTCI misst den Ausprägungsgrad des Temperaments durch die Skalen *Neugierverhalten/Verhaltensaktivierung* zwischen den Gegenpolen „stoisch-gelassen“ und „impulsiv-erregbar“, *Schadensvermeidung/Verhaltenshemmung* („sorglos-ungehemmt“/„besorgt-vorsichtig“), *Belohnungsabhängigkeit/Soziale Ansprechbarkeit* („unsentimental-unabhängig“/„gefühlvoll-herzlich“), *Beharrungsvermögen* („bequem-pragmatisch“/„fleißig-beharrlich“).

¹⁰⁷ Damit sind einsichtsorientierte, gelernte oder angeeignete Persönlichkeitsmerkmale gemeint, die beispielsweise das Selbstkonzept, persönliche Ziele und Werte beinhalten können. Der JTCI erfasst den Ausprägungsgrad mittels der Skalen *Selbstlenkungsfähigkeit* zwischen den Gegenpolen „ineffektiv-unsicher“ und „kompetent-selbstsicher“, *Kooperativität* („unsozial-opportunistisch“/„freundlich-fair“) und *Selbsttranszendenz* („praktisch-materialistisch“/„fantasievoll-idealistisch“).

¹⁰⁸ Zum Vergleich werden die Ergebnisse der Befragung einer „gesunden“ Normstichprobe bzw. einer repräsentativen Gruppe mit übereinstimmenden Identifikationskriterien (z.B. Alter, Geschlecht, Schulstufe, geographischer Raum, usw.) genutzt, sie liefern dem Inventar die Normwerte.

niedrige Werte in der Belohnungsabhängigkeit auf (zeigten wenig Interesse an der Umwelt; waren eher resistent gegenüber der Bewertung durch andere). Signifikante Unterschiede im Vergleich von ASD und ADHS zeigten sich bezüglich Temperamentsmerkmalen (in der Schadensvermeidung und Belohnungsabhängigkeit) sowie Charakterdimensionen (Selbstlenkung und Kooperation). Die sozialen Schwierigkeiten der Kinder mit ADHS und ASD waren vor allem beeinflusst durch die Temperamentsdimension „Belohnungsabhängigkeit“, wobei die auf dieser Skala erzielten tiefen Werte bedeuten, dass die Kinder dieser Gruppen wegen ihrer freiheitsliebenden, einzelgängerischen, unkonventionellen, eher kühl wirkenden Art weniger kontaktfähig sind. Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass spezifische Persönlichkeitskonstellationen bei beiden Gruppen bereits früh bestanden und negativ auf die Entwicklung von sozialen Fertigkeiten einwirken.

Beeinträchtigte Interaktionsfähigkeit – Cluster 2

Art. 60 (OA: 2011): Kognitive und emotionale Empathie bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS und Störung des Sozialverhaltens

Forschungsinteresse: Intendiert war die Erfassung kognitiver und emotionaler Empathie bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS und SSV und bei einer Kontrollgruppe ohne psychiatrische Störungsbilder.

Stichprobe: Insgesamt 96 Jungen im Alter von 7 bis 16 Jahren (N=96: Ø-Alter: 12 Jahre): Davon: n=20 (ADHS-U *unaufmerksamer Typ*); n=20 (ADHS-K *kombinierter Typ*); n=20 (SSV); n=36 (KG).

Methodik: Als Teilaspekte von kognitiver und emotionaler Empathie wurden die emotionale Reaktivität, die Emotionserkennung und Perspektivenübernahme durch subjektive Fragebogen- (*interpersonal reactivity index*: IRI; *index of empathy for children and adolescents*: IECA) und objektive Testverfahren (*empathy response task*: ERT) erfasst; quasiexperimentelles Studiendesign; verglichen wurden Mittelwertunterschiede mittels einfaktorieller Varianzanalysen – ANOVA.

Klassifikationsgrundlage: Qualifizierte Diagnosestellung mittels anamnestischer, psychodiagnostischer und neuropsychiatrischer Verfahren in Anwendung der Leitkriterien der Diagnosemanuale DSM-IV und ICD 10.

Ergebnisse: Die Ergebnisse des ERT zeigten bezüglich der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme, speziell bei komplexen Aufgabenstellungen, eine Überlegenheit der KG gegenüber den Gruppen ADHS-K und SSV. Kinder mit ADHS-U zeigten bei einfachen

Aufgabenstellungen ein signifikant größeres Ausmaß an emotionaler Empathie als Testpersonen der Gruppe ADHS-K. Für die Aufgabe zur Emotionserkennung sowie für die subjektiven Fragebogenmaße IECA und IRI ergaben sich keine Gruppenunterschiede.

Der Subtypus der ADHS scheint für die emotionale und kognitive Informationsverarbeitung eine bedeutsame Rolle zu spielen, so eine Schlussfolgerung der Forscher. Ansonsten unterstützen die gefundenen Defizite bei Kindern mit ADHS-K und SSV weitgehend die Aussagen in der klinischen Fachliteratur.

Beeinträchtigung des Funktionsniveaus – Cluster 1

Art. 62 (OA: 2011): Der Einfluss sozialer und monetärer Belohnungen auf die Inhibitionsfähigkeit von Jungen mit Hyperkinetischer Störung des Sozialverhaltens (HSV)

Forschungsinteresse: Im Hinblick auf frühere Studienergebnisse derselben Arbeitsgruppe, die gezeigt hatten, dass sich die Fähigkeit zur Inhibitionskontrolle bei Jungen mit ADHS besonders durch soziale Belohnung steigern lässt, untersucht die im Artikel dargestellte Studie, ob sich soziale und monetäre Belohnungen unterschiedlich auf die Inhibitionskontrolle¹⁰⁹ bei Jungen mit HSV und bei einer gesunden Kontrollgruppe auswirken.

Stichprobe: Insgesamt 34 Jungen im Alter zwischen 8 und 15 Jahren (N=34): 17 Jungen mit HSV und 17 bezüglich IQ und Alter vergleichbare gesunde Jungen.

Methodik: Psychiatrische Diagnostik, Elternbefragung; semi-strukturierte-Interviews (K-SADS-PL) u.a.; die Überprüfung der Inhibitionsleistung geschah mittels einer motivationalen „Go/No-go-Aufgabe“. Der Hypothese nach wurde erwartet, dass die klinische Gruppe unter sozialer Belohnung ihre Inhibitionsleistung deutlich weniger steigern als dies die Kinder ohne psychische Störung tun (diese Vorannahme bestand auch für die monetäre Belohnung).

Klassifikationsgrundlage: HSV (F90.1) nach ICD 10; weitere Testverfahren, z.B. FBB-HKS; IQ-Messung mit HAWIK-IV u.a.

¹⁰⁹ „Inhibitionskontrolle meint hier die Fähigkeit eines Individuums, konkurrierende oder unerwünschte Verhaltensimpulse zu Gunsten von zielgerichteten Reaktionen zu unterdrücken“ (Somerville & Casey, 2010, zit. nach Vloet, Konrad, Herpertz-Dahlmann & Kohls, 2011, S. 342).

Ergebnisse: Beide Gruppen zeigten eine Verbesserung in der Inhibitionsfähigkeit sowohl bei sozialer als auch bei monetärer Belohnung. Letztere zeigte den größten Verstärkungseffekt. Allerdings zeigte sich nur in der Gruppe der Kinder ohne Störung, nicht bei den Jungen mit HSV, ein strategischer Wechsel im Antwortverhalten unter monetärer Belohnung, das heißt langsamere Antwortreaktionen zugunsten der Inhibitionskontrolle und des potenziell höheren Geldgewinns. Diese Ergebnisse würden nicht auf eine Hyposensitivität für soziale Belohnungen bei Jungen mit HSV hindeuten, sondern zeigen, dass beide Belohnungsvarianten verhaltenswirksam seien, der Einsatz monetärer Verstärker jedoch bessere Effekte verspreche.

28. Kommentar: Die Studie basiert auf Aussagen zum Motivationsverhalten bei ADHS. Schon Laufer und Kollegen (1957) stellen in ihrem Artikel fest, dass von der Störung betroffene Kindern Schwierigkeiten haben Belohnungen aufzuschieben und stattdessen dazu tendieren ihre Bedürfnisse unmittelbar zu befriedigen, selbst wenn dadurch ein zu erwartender späterer höherer Gewinn verloren geht. Zum Beispiel könnten ein Schul- oder Lehrabbruch kurzfristig Erleichterung verschaffen, wenn die Ausbildungssituation als unerträglich empfunden wurde. Die negativen Konsequenzen, die jemandem ohne Abschluss später bevorstehen, sind dann aber langfristig zu tragen. Motivationale Defizite werden auch bei der Aufrechterhaltung der Symptomatik bei ADHS und HSV diskutiert. Dabei wird das defizitäre Belohnungssystem in Verbindung mit „gestörtem“ Motivationsverhalten gesehen und der defizitären Inhibitionskontrolle eine zentrale Bedeutung für Beeinträchtigungen im exekutiven Funktionskreislauf zugesprochen. Die Praxisrelevanz der Studienergebnisse beziehen sich auf den Einsatz von Verstärkern in verhaltenstherapeutischen Prozeduren, wie z.B. bei Verstärkerplänen¹¹⁰, welche auch in Schulen eingesetzt werden. Bei Kindern mit einer reinen ADHS eignet sich der Einbau sozialer Belohnungen in ihre Verstärkerpläne, während bei HSV sowohl Geld als auch soziale Belohnungen verhaltenswirksam sind. Bei Letzteren sind gemäß der Studienbefunde bessere Effekte bei nicht-sozialen, monetären Verstärkern zu erwarten.

Das bedeutet also, dass sich die intrinsische Motivation zum schulischen Lernen auch durch die Etablierung eines extrinsischen Motivationssystems fördern lässt.

¹¹⁰ Wie sich Verstärkerpläne in der Schule wirkungsvoll einsetzen lassen beschreibt etwa die Broschüre der regionalen Schulberatungsstelle aus dem Kreis Borken (West Münsterland, D). Im Internet verfügbar unter URL: <https://www.rsb-borken.de/fileadmin/Ressourcen/Veroeffentlichungen/Verstaerkerplaene/VerstaerkerplaeneFinal.pdf> [abgerufen am 19. Januar 2020].

Art. 64 (OA: 2012): Intellektuelle Fähigkeiten bei Jugendlichen mit früherer ADHS-Diagnose. Aktuelle Symptome, Komorbidität und frühere Medikation

Forschungsinteresse: Die 8.5 Jahre Katamnese-Studie untersucht, ob die aktuell vorhandene ADHS- und die komorbide Symptomatik ehemaliger Patienten und die gegenwärtig gezeigte Intelligenzleistung negativ miteinander korrelieren. Außerdem wurde geprüft, ob sich durch die Behandlung entsprechend der früheren Medikation mit Methylphenidat Unterschiede ergeben in Bezug auf die intellektuelle Leistungsfähigkeit.

Stichprobe: Insgesamt 75 (5 Mädchen, 70 Jungen) bzw. 61 (die zur Nachbefragung in die Klinik kamen) Jugendliche und junge Erwachsene, die früher, d.h. in der 1. bis 4. Klasse entweder eine Grund- (87%) oder Sonderschule (13%) besuchten und infolge einer ADHS im Behandlungszeitraum zwischen 1992 und 1998 zur Therapie kamen, zum Zeitpunkt der Katamnese zwischen 16 und 22 Jahre alt waren.

Methodik: Erhebung der Intelligenzleistung mittels des K-TIM, Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten durch standardisierte Fragebogen und ein halbstrukturiertes Interview (Selbst- und Fremdbeurteilung durch die Eltern); Mittelwertvergleiche bilden die Intelligenzleistung mit bzw. ohne MPH statistisch ab; der Zusammenhang zwischen Intelligenzleistung und aktueller Symptomatik wurde durch Produkt-Moment-Korrelationen errechnet; zur Vorhersage der aktuellen Intelligenzleistung wurden multiple Regressionsanalysen verwendet.

Klassifikationsgrundlage: Diagnose «Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung/ADHS» oder «Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens» nach ICD 10 (Forschungskriterien) und DSM III-R; allgemeine Grund-Intelligenz ≥ 80 (K-TIM: Kaufman-Test zur Intelligenzmessung für Jugendliche und Erwachsene).

Ergebnisse: Zwischen einer früheren Medikation und der aktuell gezeigten Intelligenzleistung konnten keine wesentlichen Zusammenhänge festgestellt werden. Die Intelligenzleistung und die aktuelle ADHS- und die komorbide Symptomatik standen nicht in einer Wechselbeziehung zueinander, was sich sowohl im Selbst- als auch im Fremdurteil zeigte. Gezeigt hat sich, dass das Verhalten der Probanden mit schwächeren Intelligenzleistungen in der Untersuchungssituation durch den klinischen Beobachter als auffälliger beurteilt wurde. Nach Einschätzung der Forscher hängt dies mit einer mangelnden Kooperation und mit Oppositionstendenzen dieser Probandengruppe zusammen. Dem

entspricht der Zusammenhang, der zwischen Intelligenz und klinischer Gesamtbeurteilung des expansiven Verhaltens in der Familie und in der Schule nachgewiesen werden konnte.

Beeinträchtigte Lebensqualität – Cluster 3
--

Art. 66 (OA: 2012): Defizitäre adaptive Emotionsregulation bei Kindern mit ADHS

Forschungsinteresse: Unterscheiden sich die Emotionsregulationsstrategien von Kindern mit und ohne ADHS? Inwieweit hängen die Muster der Emotionsregulation der Kinder mit ADHS mit der Auftretenshäufigkeit von weiteren psychischen Auffälligkeiten zusammen?

Stichprobe: Insgesamt 41 Kinder im Alter von 10 bis 13 Jahren, davon 21 Kinder mit ADHS ($M = 11.6$ Jahre, $SD = 0.91$; 18 Jungen; 3 Mädchen) und 20 Kinder ohne ADHS ($M = 11.3$, $SD = 0.73$; 18 Jungen; 2 Mädchen).

Methodik: Alle Probanden füllten den Fragebogen für Kinder und Jugendliche zur Emotionsregulation (FEEL-KJ) aus: Der Fragebogen stellt das Haupterhebungsinstrument dar und erfasst 15 habituelle Emotionsregulationsstrategien. Jede Strategie wird durch zwei Items in Relation zu den drei Emotionen *Wut*, *Angst* und *Trauer* ermittelt. Im Vorfeld bearbeiteten die Eltern der Probanden einen Fragebogen zu Stärken und Schwächen ihrer Kinder (SDQ); die Statistik basiert auf Korrelationen, multi- und einfaktoriellen Varianzanalysen.

Klassifikationsgrundlage: Die Diagnose basiert auf den ICD 10-Kriterien; die medizinische Anamnese und standardisierte Eltern- und Lehrerfragebögen (Interaktionsbeobachtungen und ein halbstrukturiertes klinisches Elterninterview nach DISYPS-II) sowie Intelligenztests für die an der Studie teilnehmenden Kinder (HAWIK-IV oder K-ABC) ergänzen den Befund.

Ergebnisse: Kinder mit ADHS verwenden der Eigenangabe zufolge seltener die adaptiven Strategien zur Regulation ihrer Emotionen als Kinder der KG. Hinsichtlich der maladaptiven Strategien fand sich kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Signifikante Gruppenunterschiede manifestierten sich bei den adaptiven Strategien „Kognitives Problemlösen“, „Problemorientiertes Handeln“, „Stimmung anheben“, „Umbewertung“ und „Zerstreuung“. Kinder mit ADHS gaben zudem signifikant seltener an, die Strategie „Soziale Unterstützung“ einzusetzen. Die Korrelationsanalysen erbrachten den Nachweis

für die erwarteten negativen Zusammenhänge zwischen adaptiver Emotionsregulation und weiteren psychischen Auffälligkeiten bei Kindern mit ADHS.

Beeinträchtigung des Funktionsniveaus – Cluster 1

Art. 68 (OA: 2012): Leistungen von Kindern mit einer Störung der Aufmerksamkeit im Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK-IV)

Forschungsinteresse: Geprüft wurden kognitive Leistungen wie Verarbeitungsgeschwindigkeit und Arbeitsgedächtnis von Kindern mit ADHS plus oder ohne komorbide Störungen im Vergleich mit einer Kontrollgruppe von Probanden, die an einer Angststörung oder an einer anderen emotionalen Störung leiden. Dazu werden Zusammenhänge der Testergebnisse im Hinblick auf komorbide Störungen sowie die Spezifität bezüglich der anderen Psychopathologien untersucht.

Stichprobe: Insgesamt 510 Kinder und Jugendliche: Probanden mit AD(H)S: N=433 im Alter von 6 bis 16 Jahren (Mädchen: n=107; Jungen: n=326); ADHS ohne Komorbidität auf Achse 1 (MAS): n=212 Kinder; ADHS ohne komorbide Entwicklungsstörung (Achse 2): n=262; ADHS ohne Komorbidität auf Achse 1 und/oder auf Achse 2: n=117; klinische KG mit «Angst- bzw. emotionaler Störung»: n=77 Kinder bzw. nach Ausschluss von komorbiden Störungen: n=41 Kinder.

Methodik: Chi-Quadrat- & Mann-Whitney-Tests zur Untersuchung der Stichprobenmerkmale; Mittelwertvergleiche zur Testung des Gesamt-IQ und der Indexwerte des AD(H)S-Gruppenprofils im Vergleich zur Norm; Varianzanalyse für abhängige Stichproben zum direkten Vergleich der Indices innerhalb des Gruppenprofils (Signifikanzniveau korrigiert nach dem Bonferroni-Holm-Verfahren für multiple Tests; Effektstärken nach Cohen); alle statistischen Analysen wurden durchgeführt mit SPSS 17® für Windows.

Klassifikationsgrundlage: Alle Diagnosen nach ICD 10 (MAS) und DSM-IV (DISYPS-KJ); ebenso berücksichtigt wurden Fremdbeurteilungen zum Verhalten der Kinder und Jugendlichen, die über den Elternfragebogen CBCL/4–18 erfasst wurden.

Ergebnisse: Erwartungsgemäß zeigten sich in der Gesamtstichprobe der AD(H)S-Gruppe und in den um komorbide Störungen bereinigten Teilstichproben signifikante Schwächen in der Arbeitsgeschwindigkeit. Hinsichtlich des Arbeitsgedächtnisses konnten Defizite nur bedingt nachgewiesen werden, da sie sich in der Teilgruppe ohne Komorbiditäten als statistisch nicht signifikant erwiesen. Insofern unterscheidet sich das Leistungsprofil der

ADHS-Gruppe ohne Komorbiditäten nicht signifikant vom Profil der KG mit Angst- oder emotionaler Störung.

Diese Ergebnisse legen nahe, dass die häufig reduzierte kognitive Leistung bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS eher durch komorbid vorliegende Entwicklungsstörungen und nicht per se durch die Aufmerksamkeitsstörung oder einen durch diese beeinträchtigten Gesamt-IQ erklärbar wird.

Beeinträchtigte Lebensqualität – Cluster 3
--

Art. 77 (ÜA: 2013): Was wird aus Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen? Ergebnisse der Langzeitforschung (begrenzt auf Ergebnisse zu ADHS)

Forschungsinteresse: Ein Artikel zu einem im Rahmen des XXIII. Kongresses der DGKJP 2013 in Rostock gehaltenen Vortrag, der Langzeiteffekte von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter als einen wichtigen Bestandteil der Entwicklungspsychopathologie diskutiert. Der Artikel wird hier angeführt, weil er auch Ergebnisse zum Verlauf von ADHS berücksichtigt.

Stichprobe: Der Übersichtsartikel berücksichtigt verschiedene Langzeitstudien

Methodik: Durchgesehen und geprüft wurden heterogene Kohorten- und homogene Verlaufsstudien aus verschiedenen Ländern

Klassifikationsgrundlage: je nach Studie (u.a. DSM-IV)

Ergebnisse: Langzeitstudien im Erwachsenenalter würden zeigen, dass ADHS im Kindes- und Jugendalter später mit *hohen Raten von psychischen Folgeerkrankungen* korrelieren. Neben einer persistierenden ADHS sind dies v.a. antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauchsstörungen, bipolare Störungen, Depressionen und Angststörungen. Der Verlauf der Störung würde durch eine Reihe von assoziierten Problemen, wie Arbeitslosigkeit, geringer qualifizierte Arbeit, Partnerbeziehungsstörungen, chaotische Haushaltsführung, risikoreiches Verhalten, Unfälle, Gesetzesverletzungen und Delinquenz zusätzlich kompliziert werden¹¹¹.

Der Autor weist im Hinblick auf alle untersuchten Störungen darauf hin, dass die Befunde im Allgemeinen die Vulnerabilitätshypothese bestätigen. Sie besagt, dass manifeste

¹¹¹ An dieser Stelle folgt ein Verweis auf das Handbuch ADHS, respektive auf ein von H.C. Steinhausen mitverfasstes Kapitel darin. Steinhausen ist Mitherausgeber des Handbuchs und einer der prominentesten sozialen Akteure des ADHS Diskurses im deutschsprachigen Raum.

psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter häufig als Vorläufer von psychischen Störungen im Erwachsenenalter auftreten. Betreffend der Langzeitforschung zur ADHS äußert er, es gebe Schwierigkeiten, was die Vergleichbarkeit der verschiedenen Studien und die Herkunft vieler dieser Studien betreffe. Oft stammen sie aus nordamerikanischen Forschungs- und Behandlungszentren. Diesen Studien würden die strengeren DSM(-IV) Kriterien zugrunde liegen, wodurch die Prävalenzraten der amerikanischen, nicht denen der europäischen Bevölkerung entsprechen. „Vielmehr dürften die Daten auch unter der Anwendung von ICD-Kriterien in anderen Populationen und für einzelne Störungen deutlich variieren“ (Steinhausen, 2013, S. 428). Die Frage einer möglichen Selektivität der Stichproben müsse daher offenbleiben.

Weitere Ergebnisse beziehen sich auf altersabhängige Remission und Persistenzraten, worauf hier nicht weiter eingegangen wird.

29. Kommentar: Interessant sind die Feststellungen zum Verlauf der ADHS: ADHS mit einer begleitenden Störung des Sozialverhaltens begünstige oft die Entwicklung einer dissozialen Persönlichkeitsstörung, dagegen sei unklar, inwiefern auch eine komorbide Depression und eine begleitende Angststörung durch die ADHS-Symptomatik gefördert werde. Negativ auf den Verlauf wirken eine starke Symptomausprägung von ADHS, psychosoziale Funktionseinschränkungen und Intelligenzminderung. *Ungünstig erwiesen sich auch ein inkonsistenter und autoritärer elterlicher Erziehungsstil, der insbesondere zu schlechten Schulleistungen und dissozialen Entwicklungen beitrage.* Umgekehrt trügen besonders dissoziale Persönlichkeitsstörungen und Substanzmittelmissbrauchsstörungen zur Beeinträchtigung familiärer Interaktion bei und begünstigten Dissozialität. Über den Einfluss des sozioökonomischen Status existierten uneinheitliche Befunde. Offensichtlich sei, dass ein niedriger Stratus in Kombination mit anderen negativen Familienmerkmalen den Verlauf negativ prägen könne.

Kaum Erkenntnisse gebe es über langfristige Auswirkungen von Interventionen, insbesondere über langfristige Effekte der pharmakotherapeutischen Behandlung. Die Ergebnisse einer schwedischen Registerstudie würden auf die Möglichkeit hinweisen, dass eine Medikation das Risiko für die Entwicklung von Kriminalität bei ADHS reduzieren könnte. Weiter wird eine Meta-Analyse zitiert, die dem Zusammenhang von Stimulanzienebehandlung und Substanzmissbrauch nachging und zeigen konnte, dass diese Therapievariante weder ein Risiko für die Entwicklung eines Substanzmissbrauchs darstellt noch einen solchen zu verhindern vermag.

Zu möglichen Langzeiteffekten von Verhaltenstherapie und pädagogischen Maßnahmen, Interventionsverfahren, die bei ADHS häufig eingesetzt werden, lägen bislang keine Erkenntnisse vor.

Schließlich werden mit Verweis auf eine vom Verfasser des Artikels geleitete multimodale Evaluationsstudie Ergebnisse präsentiert, die sich nicht mit der „Maturationshypothese“, der zufolge eine ADHS-Symptomatik durch Reifung partiell oder gänzlich remittiert, vereinbaren lassen.

Beeinträchtigte Interaktionsfähigkeit – Cluster 2

Art. 78 (OA: 2014): ADHS und das Ausmaß der elterlichen Stressbelastung bei mangelnder Spielfähigkeit im Säuglings- und Kleinkindalter

Forschungsinteresse: Überprüft wurde die Hypothese von Papoušek (2004), die Spielunlust im Kleinkindalter als frühen Hinweis für die Entwicklung einer ADHS im Schulalter in Betracht zieht. Außerdem wurden Zusammenhänge von frühkindlicher Spielunlust und Stressbelastung der Mütter, Leidensdruck der Eltern und Störungen der Eltern-Kind-Beziehungen untersucht.

Stichprobe: EG: N=35 (Kinder mit ADHS; Jungenanteil 86%: 1. Bis 4. Klasse; Ø-Alter: 9 Jahre); KG: N=42 (Kinder ohne ADHS; Jungenanteil 83%); (die Fragebogenuntersuchung zur frühkindlichen Spielfähigkeit ergab die Einteilung von 39 Kinder mit geringerer Spiellust und 38 Kinder mit höherer Spiellust).

Methodik: Zweifaktorielles Kontrollgruppendesign ohne Messwiederholung (Querschnitt). 1. Faktor (1. UV): «Sicherheit der Diagnose ADHS» (gesichert vs. ausgeschlossen); 2. Faktor (2. UV): «Spielfähigkeit» (geringer vs. größer). Die Kombination dieser 2 Faktoren ergibt folgende 4 Gruppen: ADHS (+) und Spiel (–), ADHS (+) und Spiel (+), ADHS (–) und Spiel (–), ADHS (–) und Spiel (+); Die untersuchte abhängige Variable (AV) bildet als deutsche Version des „Parenting Stress Index“ die mütterliche Gesamtstressbelastung ab.

Klassifikationsgrundlage: Diagnosekriterien für ADHS nach ICD 10 (FBB-HKS: ausgefüllt von Lehrern und Eltern); neuropsychologische Leistungstests zu Intelligenz und Konzentration, systematische Beobachtung des kindlichen Testverhaltens und der Mutter-Kind-Interaktion während einer Hausaufgabensituation, ggf. Tests zu Teilleistungsstörungen.

Ergebnisse: Bei Kindern mit frühkindlicher Spielunlust fand sich signifikant häufiger eine ADHS; auch die Stressbelastung ihrer Mütter war am höchsten; etwas weniger

ausgeprägt bei den Müttern mit Kindern ohne ADHS mit Spielunlust und am geringsten war die Stressbelastung bei Müttern von spielfähigen Kindern. Die der Studie zugrundeliegenden Hypothesen wurden allesamt verifiziert.

Beeinträchtigung des Funktionsniveaus – Cluster 1

Art. 87 (OA: 2015): Die Komorbidität von Lernschwierigkeiten mit ADHS-Symptomen im Grundschulalter

Forschungsinteresse: Kinder, die Schwierigkeiten haben lesen, rechtschreiben und rechnen zu lernen, weisen häufig auch Beeinträchtigungen in der Steuerung der Aufmerksamkeit auf und zeigen vermehrt Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität. Da bisherigen Studien zur Komorbidität nicht systematisch zwischen den verschiedenartigen, von Beeinträchtigungen betroffenen Schulleistungsbereichen unterscheiden und die wichtige Differenzierung, ob es sich bei den existierenden Lernschwierigkeiten um Störungen oder um Schwächen handelt, nicht berücksichtigt, intendierte die vorliegende Studie die Krankheitshäufigkeit von ADHS bei Kindern mit Lernschwierigkeiten gesondert nach dem Subtyp der Störung, schulischem Leistungsbereich und Differenzierung der Lernschwierigkeit zu analysieren. Insofern galt das besondere Interesse der Frage, um wie viel höher die Häufigkeit von ADHS bei Kindern mit verschiedenen Lernschwierigkeiten im Vergleich zu einer lernunauffälligen Population liege. Die Erwartung war, dass ADHS bei Kindern mit Lernschwierigkeiten häufiger vorkommt als bei Kindern ohne Lernauffälligkeiten.

Stichprobe: Zusammengestellt aus einem Datensatz der multizentrischen RABE-Studie, für die im Jahr 2011 insgesamt 3218 Kinder untersucht wurden, die im niedersächsischen Hildesheim und Oldenburg sowie in Bremen die 2. bzw. 3. Grundschulklasse besuchten (Ø-Alter: 9 Jahre; Mädchenanteil von 49.6 %). Der für die Studie benutzte Teildatensatz gruppiert die Probanden wie folgt: ADHS-Gruppe (n=600); Kinder mit Lernschwierigkeiten (n=273); Kinder mit unterdurchschnittlicher Intelligenz (n=57); Kinder ohne Lernauffälligkeiten (n=270).

Methodik: Lernstandserhebung an zwei aufeinander folgenden Tagen (je zwei Schulstunden) im Klassenverband der teilnehmenden Schulen. Getestet wurde sechs Wochen vor und sechs Wochen nach den Sommerferien (entsprechend dem Normierungszeitraum der verwendeten Schulleistungstests). Die ADHS-Symptomatik wurde ein halbes Jahr später

erneut beurteilt, indem die Eltern mittels des Fremdbeurteilungsbogens FBB-ADHS die Symptomausprägungen nochmals einschätzten.

Klassifikationsgrundlage: Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche (DISYPS-II).

Ergebnisse: Die Auftretenswahrscheinlichkeit eines ADHS-Subtyps nach DSM-IV entspricht bei Kindern ohne Lernauffälligkeiten und bei Kindern mit isolierten Rechenschwierigkeiten der allgemeingültigen Prävalenzrate von 5%. Im Kontrast dazu wurden bei annähernd 20% der Kinder mit Schriftsprachschwierigkeiten und bei den Kindern mit unterdurchschnittlicher Intelligenz ein ADHS-Subtyp festgestellt. Bei der lernunauffälligen Kontrollgruppe weisen Jungen im Vergleich zu Mädchen ein ungefähr eineinhalbfach erhöhtes Risiko für ADHS auf. Dieses Risiko war bei den Kindern der Gruppe mit Lernschwierigkeiten für Jungen gegenüber Mädchen zwei- bis sechsfach erhöht. Dieser Zusammenhang fand sich insbesondere bei ADHS des unaufmerksamen Subtyps.

30. Kommentar: Die auf den Elterneinschätzungen basierende Verteilung der Subtypen von ADHS hat gezeigt, dass der unaufmerksame Subtypus am häufigsten vorkommt, unabhängig von der Probandengruppe. Demgegenüber wurden der hyperaktiv-impulsive Subtypus und der Mischtypus seltener festgestellt. Dieses Ergebnis deckt sich den Studienleitern zufolge mit Ergebnissen von früheren Studien, nach denen die schulische Minderleistung von Kindern vor allem mit der bei ihnen beobachteten Unaufmerksamkeit zusammenhängt. In der Schule treten allerdings meistens Kinder mit hyperaktiven und impulsiven Symptomen in den Vordergrund, da sie die schulischen Abläufe sehr viel stärker stören würden. Die Komorbiditätsraten dieser Studie legten nahe, das Augenmerk auch auf ruhige und lernschwache Kinder zu richten, denn eine Aufmerksamkeitsstörung vom unaufmerksamen Typ erschwere es betroffenen Kindern in der erforderlichen und wünschenswerten Weise vom Unterricht zu profitieren, betonen die Forscher.

Die Ergebnisse sind insbesondere wegen der zu kleinen Stichprobe und der fachlich nicht qualifizierten diagnostischen Einschätzung durch Eltern nicht generalisierbar.

Art 94. (OA: 2015): Expressed Emotion, Mutter-Kind-Beziehung und ADHS-Symptome im Vorschulalter

Forschungsinteresse: Ungünstige Entwicklungsverläufe und externalisierendes Verhalten bei Kindern stehen häufig im Zusammenhang mit einer feindseligen Eltern-Kind-Beziehung. In zahlreichen Studien¹¹² wurde nachgewiesen, dass eine geringe Sensitivität, wenig Wärme und hart strafendes Verhalten der Bezugspersonen als Prädiktoren für Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern gelten. Demgegenüber stellten sich Responsivität, Feinfühligkeit, Respektieren des Kindes, emotionale Wärme und Unterstützung sowie die Abwesenheit von Feindseligkeit als wesentliche Komponenten eines angemessenen Elternverhaltens heraus.

Die vorliegende Studie überprüfte Validitätsaspekte der deutschsprachigen Version (Scholz, Schuh & Döpfner, 2014) des „Preschool Five Minute Speech Sample“ (PFMSS). Es geht hierbei um ein Fremdbeurteilungsinstrument für Erwachsene, das Aufschluss zur Qualität der Beziehung und zur emotionalen Involviertheit in familiären Beziehungen gibt und insofern auch als Indikator für familiären Stress zu verstehen ist. Ein besonderes Interesse der Studie bezieht sich auf Zusammenhänge zwischen den Skalen des deutschsprachigen PFMSS und kindlichen ADHS-Symptomen sowie Symptomen von oppositionellem Verhalten bei Kindern im Urteil der befragten Mütter sowie von Erzieher(n)/innen. Die „mütterliche Depressivität“ wurde als eine weitere Variable in die Analysen miteinbezogen, denn auch sie gilt als Risikofaktor für die Entwicklung von externalisierenden Störungen bei Kindern und ist oft mit einem inadäquaten Elternverhalten assoziiert (vgl. Barrett & Fleming, 2011).

*Stichprobe*¹¹³: 114 Familien mit Vorschulkindern im Alter von 4 und 5 Jahren, 59% Jungen ($n=67$) und 41% Mädchen ($n=47$). Die Familien wurden 2013/14 über Kindergärten und Kindertagesstätten rekrutiert; körperlich schwer erkrankte Kinder, mental retardierte oder behinderte Kinder (mit $IQ<80$) und solche mit Entwicklungsverzögerungen wurden

¹¹² Quellenangabe: Denham et al. (2000); Keown (2011); Olson, Bates, Sandy, & Lanthier (2000); Olson, Sameroff, Kerr, Lopez, & Wellman (2005); Pauli-Pott & Beckmann (2007); Weber-Börgmann, Burdach, Barchfeld, & Wurmser (2014)

¹¹³ Gebildet aus einer Teilstichprobe der Marburger Längsschnittstudie und weiteren Probanden, die eine erhöhte ADHS-Symptomatik oder eine positive ADHS-Familienanamnese aufweisen. Im Artikel fehlen hinsichtlich des Datenpools die Literaturhinweise, eine Quellenangabe ist darum nicht möglich.

nicht in die Stichprobe einbezogen; ausgeschlossen wurden auch Mütter oder Kinder mit mangelnden Deutschkenntnissen. Gemäß Fremdbeurteilung durch die Mütter weisen 57% der Kinder eine erhöhte ADHS-Symptomatik auf ($n=65$), davon sind 38 Jungen (58%); die befragten und beobachteten Mütter waren im Durchschnitt 36 Jahre alt, ca. 3% der Mütter hatten keinen Schulabschluss, 9% einen Hauptschulabschluss, 37% verfügten über einen Realschulabschluss, 23% konnten das Abitur vorweisen und 29% verfügten über einen (Fach-)Hochschulabschluss; 97 Mütter lebten in einer Partnerschaft und 17 Mütter (15%) lebten getrennt.

Methodik: Experimental- und Kontrollgruppenkinder wurden nach Geschlecht und mütterlicher Schulbildung parallelisiert; weitere Variablen sind „mütterliche Responsivität/Feinfühligkeit“, „mütterliche Depressivität“, „ADHS-Symptomatik“ und „oppositionelles Verhalten“ der Kinder. Die Datengrundlage beruht auf folgenden Informationsquellen: Fremdbeurteilungsfragebogen (von Müttern, partiell von Erzieher/-innen ausgefüllt), strukturiertes klinisches Elterninterview¹¹⁴, Verhaltensbeobachtung einer Mutter-Kind-Interaktion¹¹⁵ und auf klinischen Diagnostik-Inventaren (s.u.).

Die Berechnungen der statistischen Zusammenhänge basieren auf Korrelationen (Pearson, Spearman-Rho) und Chi-Quadrat-Tests.

Klassifikationsgrundlage: Die Beurteilung der ADHS-Symptomatik der Kinder basiert auf der Einschätzung von Müttern, Erzieher/-innen (FBB-ADHS-V) und auf einer Expertenmeinung, die sich auf ein mit der Mutter durchgeführtes strukturiertes klinisches Interview stützt. Der FBB-ADHS-V ist ein Fremdbeurteilungsbogen aus dem Diagnostiksystem für Psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche (DISYPS-II) (Manfred Döpfner, Görtz-Dorten, & Lehmkuhl, 2008). Das Elterninterview bzw. das Interview mit der Mutter erfolgte anhand des „Preschool Parental Account of Childhood Symptoms“ (Pre-PACS) (Daley, 2010).

Die Einschätzung des oppositionellen Verhaltens der Kinder wurde mittels des FBB-SSV aus dem DISYPS-II (Döpfner et al., 2008) im Fremdurteil der Mütter (und Erzieher)

¹¹⁴ Die teilnehmenden Mütter wurden telefonisch befragt.

¹¹⁵ Die Familien wurden zuhause aufgesucht und instruiert, gemeinsam zwei Aufgaben zu lösen. In den ersten sechs Minuten sollten sie ein Puzzle legen und danach eine Figur aus Bausteinen nachbauen. Die geschulten Beobachter orientierten sich an folgenden sechs Skalen: „erste Äußerung“, (emotionale) „Wärme“, „Beziehung“, „emotionale Überinvolviertheit“ (Verhalten der Mutter erscheint in übertriebener Weise aufopfernd oder überbehütend oder zeichnet sich durch einen Mangel an Objektivität hinsichtlich des kindlichen Verhaltens aus), „positive Kommentare“ und „kritische Kommentare“.

erhoben und die mütterliche Depressivität mittels ADS – Allgemeine Depressionsskala (Hautzinger, Bailer, Hofmeister, & Keller, 2012). Die Codierung der Responsivität/Feinfühligkeit der Mutter, die in der Verhaltensbeobachtungssituation erfolgte, basiert auf der Mannheimer Beurteilungsskala MBS-MKI (Dinter-Jörg, Polowczyk, Herrle, Esser, Laucht & Schmidt, 1997). Sie dient der Bewertung der Angemessenheit des mütterlichen Steuerungsverhaltens, indem beobachtet wird, inwiefern eine Mutter die Signale ihres Kindes beachtet und wie sie darauf reagiert.

Ergebnisse: Abgesehen von der PFMSS-Skala „Überinvolviertheit“ korrelierten alle anderen Skalen („Erste Äußerung“, „Beziehung“, „positive Kommentare“, „kritische Kommentare“, „Wärme“) signifikant mit den durch die Mütter und Erzieher/-innen eingeschätzten kindlichen ADHS- und oppositionellen Symptomen. Die in der Verhaltensbeobachtungssituation erfasste fehlende positive erste Äußerung der Mutter zu ihrem Kind, viele kritische Kommentare von ihr und die gezeigte geringe Wärme, die durch ihre negative Charakterisierung der Beziehung zum Kind noch bekräftigt wird, sind also mit der externalisierenden Symptomatik des Kindes verbunden. Auf diese Weise konstituierte *Mutter-Kind-Interaktionen* gingen mit geringer Responsivität/Feinfühligkeit der Mutter einher, was nach der Auffassung der Studienleiter eine zurückweisende, möglicherweise feindselige Haltung gegenüber dem Kind widerspiegelt. Geht man davon aus, dass responsiv-feinfühliges Verhalten eine wichtige Bedingung für die *Entwicklung der Selbstregulation* im Kleinkind- und Vorschulalter sei¹¹⁶, so stellt der Befund einer emotional belastenden Mutter-Kind-Beziehung ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung der sozialen Anpassungsfähigkeit des Kindes dar.

Die Einschätzung der kindlichen ADHS- und oppositionellen Symptome durch die Mutter und die Art ihres Interaktionsverhaltens, die zusammenhängen, ließen sich in vergleichbarer Weise auch bei den befragten Erzieherinnen und Erziehern feststellen.

Positive Zusammenhänge zeigten sich außerdem zwischen dem Geschlecht der Bezugspersonen (Mütter/professionelle Erzieher), deren ersten Äußerungen sowie der Anzahl von positiven Kommentaren. Auch ins Gewicht fällt das Niveau der Schulbildung der Mütter. Auf diese Befunde gehen die Autoren jedoch nicht näher ein.

In Bezug auf die Variable „mütterliche Depressivität“ wurde lediglich ein Zusammenhang zu der Skala „Beziehung [zum Kind]“ gefunden. Die Autoren halten schon

¹¹⁶ Die Autoren stützen diese Voraussetzung auf die Befunde von Deater-Deckard (2014) und Hughes (2011).

einleitend fest, dass in der einschlägigen Literatur hierüber uneinheitliche Befunde existieren, und sprechen sich für weitere Forschung zu diesem Thema aus.

31. Kommentar: Ziel der Studie war in erster Linie die Überprüfung der Validität der Skalen der deutschsprachigen Version des PFMSS. Die Ergebnisse bescheinigen dem Instrument¹¹⁷ zur Messung von Aspekten¹¹⁸ einer gestörten *Eltern-Kind-Beziehung* eine gute Validität. Im klinischen Bereich könnte der Fremdbeurteilungsbogen zur Indikationsstellung für familienorientierte Interventionen beitragen, konstatieren die Autoren der Studie. So gehen sie davon aus, dass Mütter, die im PFMSS die oben angeführten negativen Merkmale zeigen und hohe externalisierende Probleme des Kindes beschreiben, in besonderem Maße einer psychoedukativen bzw. psychotherapeutischen Unterstützung bedürfen.

Auch diese Ergebnisse lassen sich wegen methodischer Einschränkungen der Studie nicht generalisieren. Allerdings entspricht das, was die Autoren unter einer *feindseligen Eltern-Kind-Beziehung* verstehen und was sich im beschriebenen mütterliche Interaktionsverhalten zeigt, dem, was Gerhardt Nissen, vor 46 Jahren, als einen *rückgekoppelten Aktions-Reaktionskreis* bezeichnete¹¹⁹. Danach stimmt die Symptomatik des Kindes das familiäre Umfeld pathogen, was zu seiner Ablehnung führt, was wiederum die Symptome verstärkt oder eine komorbide Störung begünstigt. Schon für Nissen war klar, dass fachliche Unterstützung nicht nur dem Kind, sondern auch seinen Eltern zukommen sollte.

Der *Einfluss familiärer Risikofaktoren* im Zusammenhang mit ADHS wurde in der Kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung *bisher vernachlässigt*. Umso erfreulicher ist es, dass eine jüngere Studie dieses Thema aufgreift. So berücksichtigt das integrative Modell von Zemp (2018) neben der genetisch bedingten Vulnerabilität des Kindes die drei Faktoren „*ungünstige Erziehung*“, „*negative Befindlichkeit der Eltern*“, „*geringe Sensitivität/Qualität der Eltern-Kind-Beziehung*“. Diese resultieren aus einer Partnerschaftsstörung und tangieren die ADHS-Symptome des Kindes in den fünf Bereichen „*Aufmerksamkeits- und Schulprobleme*“, „*ungünstige soziale Informationsverarbeitung*“, „*externalisierende Verhaltensprobleme*“, „*Gedächtnisverzerrungen*“ und „*Schlafstörungen*“.

¹¹⁷ Der Fragebogen wurde speziell entwickelt, um Beziehungsaspekte bei Kindern im Vorschulalter zu eruieren.

¹¹⁸ Einzelne Aspekte werden als familiäre Risikofaktoren im „Expressed Emotion“-Konzept beschrieben.

¹¹⁹ Zu finden in der Feinanalyse des Artikels von Gerhard Nissen (Abschnitt 13, S. 63).

Art. 97 (OA: 2016): Leistungen von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S in der WISC-IV. Der Nutzen einer Leistungsprofil-Analyse für die Diagnostik

Forschungsinteresse: Die klinische Praxis nutzt im diagnostischen Prozess zur Abklärung von ADHS häufig mehrdimensionale Intelligenztests. Die Studie untersucht mittels der „Wechsler Intelligenz Skala für Kinder“ (WISC-IV), ob bei den Probanden störungsspezifische Leistungsprofile vorliegen und welchen Nutzen dergleichen Intelligenztests für die Diagnostik möglicherweise aufweisen. Auch der Einfluss komorbider Störungen auf das Leistungsverhalten wird untersucht.

Stichprobe: Die Datengrundlage setzt sich aus den Testergebnissen von 104 Jungen im Alter zwischen 7 und 16 Jahren zusammen. Alle Probanden wurden in der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz des LVR-Klinikums Düsseldorf vorstellig. Die ADHS-Experimentalgruppe beinhaltet die Diagnosen F90.0 (einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung: n=20), F90.1 (Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens: n=9), F98.8 (Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität: n=21). 22 dieser 50 Probanden wiesen zusätzlich zur ADHS mindestens eine komorbide Störung auf. Die Kontrollgruppe (n=54) umfasst Probanden mit überwiegend affektiven Störungen (F32, F33, F43.2, F93). Bei 10 von ihnen lag eine weitere komorbide Störung vor. Um Geschlechtereffekte auszuschließen besteht die Stichprobe allein aus Jungen. Ausgeschlossen wurden Störungen mit psychotischer Symptomatik und Patienten mit einer psychopharmakologischen Behandlung. Eine psychische Störung nach ICD 10 und ein Gesamt-IQ von mindestens 85 waren Teilnahmebedingungen.

Methodik: Der WISC-IV erfasst neben der Leistung der Index-Werte „Sprachverständnis“, „wahrnehmungsgebundenes logisches Denken“, „Arbeitsgedächtnis“ und „Verarbeitungsgeschwindigkeit“ auch einem Gesamt-IQ-Wert. Die statistischen Analysen erfolgten mittels SPSS 19. Anhand multivariater Varianzanalysen (MANOVA) wurden Gruppenunterschiede im WISC-IV mit Gesamt-IQ und den vier Index-Werten als abhängige Variablen berechnet. Innerhalb der AD(H)S-Gruppe wurden auch Subgruppenunterschiede in den Skalen des DISYPS-II mittels MANOVA untersucht. Signifikante Ergebnisse wurden per Post-hoc-Tests überprüft, Gruppenunterschiede hinsichtlich Alter und Summenwerte im FBB-ADHS über Mittelwertvergleiche und Gruppenvergleiche dichotomer Merkmale durch Chi²-Test eruiert.

Klassifikationsgrundlage: Der psychopathologische Befund wurde nach klinischem Standard erhoben und ergänzt durch Fragebögen zu hyperkinetischer, depressiver und ängstlicher Symptomatik; zum Einsatz kamen das Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche (DISYPS-II); Fremdbeurteilung durch Eltern und ggf. Lehrer anhand des FBB-ADHS ergänzen das diagnostische Verfahren partiell.

Ergebnisse: Signifikante Unterschiede zwischen der AD(H)S-Gruppe und der klinischen KG konnten vor allem bezüglich der *Verarbeitungsgeschwindigkeit* festgestellt werden. Innerhalb der AD(H)S-Gruppe erzielten die Probanden mit ADS bei den entsprechenden Tests signifikant niedrigere Index-Werte als jene mit ADHS. Keine bedeutsamen Unterschiede wiesen die beiden genannten ADHS-Subgruppen in Bezug auf die Variablen „mit“ oder „ohne komorbide Störung“ auf. Betreffend Sprachverständnis, wahrnehmungsgebundenes logisches Denken, Arbeitsgedächtnis sowie hinsichtlich des Gesamt-IQ unterschied sich die AD(HS)-Gesamtgruppe nicht von der klinischen KG.

Durch eine WISC-Profilanalyse könne das Vorliegen einer ADHS weder sicher bestätigt noch ausgeschlossen werden, konstatieren die Forscher. Sie sehen den Wert eines Leistungsprofils für den diagnostischen Prozess vielmehr als Ergänzung zur Fremdbeurteilung, deren diagnostische Aussagekraft sie als eher mangelhaft beurteilen. Leistungsprofilanalysen dienen demnach also vor allem der Differentialdiagnostik.

Beeinträchtigung des Funktionsniveaus – Cluster 1

Art. 102 (OA: 2016): Aufmerksamkeit und Leseleistungen bei Kindern mit ADHS, Lese- und Rechtschreibstörung und der komorbiden Störung

Forschungsinteresse: Zwischen ADHS und LRS bestehen überzufällig häufig Korrelationen (Komorbidität). Jede Störung für sich kann sich negativ auf die Entwicklung betroffener Kinder auswirken. Die Studie vergleicht die Aufmerksamkeits- und Leseleistungen von Kindern mit ADHS, LRS, ADHS plus LRS und einer „gesunden“ Kontrollgruppe.

Stichprobe: Insgesamt nahmen 99 Kinder der 3. und 4. Klasse im Alter von 7 bis 12 Jahren an der Studie teil (davon 76 Jungen). Sie wurden in vier (bezüglich Alter, Geschlecht und IQ vergleichbare) Gruppen eingeteilt: Kinder mit ADHS (n=26); Kinder mit LRS (n=22); Kinder mit komorbider ADHS/LRS (n=24); Kinder ohne eine Störung: (n=27);

die Rekrutierung erfolgte durch die Universitätsklinik der RWTH Aachen sowie über Ausschreibungen an Grundschulen in der Umgebung von Aachen.

Methodik: Zum Einsatz kamen verschiedene Lese-Rechtschreibtests sowie eine modellorientierte Aufmerksamkeitsdiagnostik; alle Aufmerksamkeitstests ermitteln die Reaktionszeit und deren Standardabweichung pro Kind; erfasst wurden auch mögliche Begleitstörungen mittels der „Child Behavior Check List“ (CBCL), die die Subskalen „sozialer Rückzug“, „Angst/Depressivität“, „soziale Probleme“, „Aufmerksamkeitsstörungen“, „dissoziales“- und/oder „aggressives Verhalten“ zur Klassifizierung der Symptomatologie verwendet; die Verhaltenseinschätzung mittels CBCL erfolgte in der Fremdbeurteilung durch die Eltern.

Klassifikationsgrundlage: Diagnosen gemäß ICD-10-Kriterien für eine einfache ADHS (F90.0) und/oder für eine LRS (F81.0).

Ergebnisse: Neben den erwarteten Defiziten in der Aufmerksamkeit zeigten sich bei Kindern mit ADHS auch Auffälligkeiten in der Leseleistung. Die Studieninitiatoren weisen jedoch darauf hin, dass dieser Befund wahrscheinlich beeinflusst ist durch die verminderte Aufmerksamkeitsleistung und partiell ein Epiphänomen darstellt, das durch den Zeitdruck im Testverfahren entstanden ist (Konfundierung). Die ADHS/LRS-Gruppe zeigte im Hinblick auf psychosoziale Belastungen als Folge internalisierender und externalisierender Symptome in der Beurteilung durch die Eltern die stärksten Ausprägungen.

Demgegenüber zeigten Kinder mit LRS im Vergleich zur KG erhebliche Einschränkungen ihrer Aufmerksamkeit, die sich in vielen Bereichen aber nicht signifikant von jener der ADHS-Gruppe unterscheiden. Dieser Befund unterstreiche die Bedeutung einer präzisen Diagnostik hinsichtlich einer möglicherweise vorliegenden subklinischen ADHS bei bestehender LRS. In Bezug auf die durch die Eltern eingeschätzten Belastungen wiesen die untersuchten Kinder mit LRS ebenfalls hohe internalisierende Symptome auf, zudem zeigten sie erhöhte Werte auf der Subskala „aggressives Verhalten“.

Art. 107 (OA: 2017): Elterliche Belastung und Zuverlässigkeit von Elternangaben in der Diagnostik psychisch und verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher

Forschungsinteresse: Für die psychologische und psychiatrische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter spielen Elternangaben eine bedeutende Rolle. Aufgrund der elterlichen Belastung ist manchmal von einer dadurch verzerrten Wahrnehmung der Symptomatik ihrer Kinder auszugehen, wodurch die Zuverlässigkeit der Angaben in Zweifel gerät. Die vorliegende Arbeit untersucht diese Problematik.

Stichprobe: Insgesamt nahmen 68 Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 18 Jahren mit je einem leiblichen, im gleichen Haushalt zusammenlebenden Elternteil an der Studie teil. Hiervon sind 47% Mädchen (n=32); 53% Jungen (n=36), bei signifikantem Altersunterschied der Geschlechter; rund 66% Eltern bzw. überwiegend Mütter (n=67) im Ø-Alter von 45 Jahren; 93% der Eltern mit deutscher Herkunft (n=63); 7% anderer nationaler Herkunft (n=5); 88% der Eltern führten eine Partnerschaft (n=59); 82% lebten mit ihrem Partner zusammen (n=55); Angehörige der mittleren sozialen Schicht (ermessen als Index der Schulbildung beider im Haushalt lebenden Erwachsenen und dem Nettoeinkommen der Familie) (n=59); alle Teilnehmer wurden im Zeitraum von 10/2013 bis 04/2014 im Ambulatorium der Universitätsklinik Erlangen rekrutiert.

Methodik: Die zum Erstkontakt angemeldeten Familien füllten Fragebogen aus, welche die elterliche Belastung und das Elternurteil zur Symptomatik ihres Kindes erfassen (Standarddiagnostik der KJP-Ambulanz); diese Fragebögen wurden beim ersten, spätestens beim zweiten Termin anonym, ohne Einsicht der zuständigen Diagnostiker eingesammelt. KJP-erfahrene Ärzte und Psychologen beurteilten nach dem dritten Termin (Erstkontakt mit Kind bzw. Jugendlichem und mindestens einem Elternteil plus zwei weitere diagnostische Kontakte mit Kind/Jugendlichem allein) die Symptomatik der Kinder anhand der bis dato vorliegenden Informationen (Exploration, Anamnese, Verhaltensbeobachtung, Problemanalyse, spezifische Fragebögen zur Selbstbeurteilung). Die statistische Auswertung der Fragebogenerhebung basiert auf Mittelwertvergleichen und Regressionsanalysen.

Klassifikationsgrundlage: Die beiden zur Befragung eingesetzten Fragebögen sind das „Eltern-Belastungs-Inventar“ EBI (Tröster, 2011) und die „Child Behavior Checklist“ CBCL (Döpfner, Plück, Bölte, Lenz, Melchers & Heim, 1998).

Ergebnisse: Es hat sich gezeigt, dass sich die Beurteilungen von Eltern und Kliniker bei auffällig belasteten und unauffällig belasteten Eltern deutlich voneinander unterscheiden. Das heißt, dass stärker belastete Eltern die Symptome ihrer Kinder im Vergleich zu einem qualifizierten Diagnostiker generell verstärkt wahrnehmen und beurteilen. Dies gilt für internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten und hat sich auch im errechneten Gesamtproblemwert gezeigt. Die Studienverantwortliche gelangt daher zum Schluss, dass Elternangaben kritischer reflektiert und ihr Einbezug in diagnostische und therapeutische Entscheidungen sorgfältiger abgewogen werden sollten. Gleichwohl erachtet sie die systematische Erfassung der elterlichen Belastung als hilfreich.

7. Abschließende Diskussion

7.1 Schlussfolgerungen zu den ausgewählten empirischen Studien

Die Idee war, anhand der skizzierten Studien die empirische Fundierung und Kongruenz typischer Aussagen zum Störungsbild, der dazugehörenden Symptomatik und zur Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Symptome zu überprüfen. Es hat sich gezeigt, dass die Studien die seit mehr als 60 Jahren nahezu unveränderten Aussagen zu den fokussierten Bereichen zwar unterstützen, die Ergebnisse hingegen allesamt nicht verallgemeinerbar sind, da sie auf viel zu kleinen Stichproben beruhen, durchgängig methodische Disparitäten aufweisen und mehrfach der qualifizierten diagnostischen Validität entbehren. Angesichts des langen Zeitraums, in welchem der klinische Diskurs die Kernaussagen tradiert, ist die in der untersuchten Zeitschrift, in den letzten 20 Jahren publizierte empirische Datenlage der Forschung aus dem deutschen Sprachraum enorm limitiert. Wie sich herausstellte, stützt der deutschsprachige ADHS-Diskurs seine Aussagen häufig auf Ergebnisse von internationalen Forschungsarbeiten. Dies stimmt bedenklich, wenn man sich die Darstellung der in Deutschland durchgeführten Studien in Kapitel sechs vor Augen führt und feststellen kann, dass die präsentierten Studien hinsichtlich der Kriterien Stichprobe, Methodik, Ergebnisse und Klassifikationsgrundlage nicht annähernd vergleichbar sind, auch bei äquivalentem Forschungsinteresse nicht. Da kann die Forschungsqualität ausländischer Studien noch so gut sein, die eins-zu-eins Übertragung als Beleg für die Allgemeingültigkeit der jeweils propagierten Aussagen bleibt unter diesen Umständen illegitim. Plausibel verdeutlichen das auch die Beiträge von Smith (2012, 2017), dessen Argumente diesen Befund stützen und zu der Erkenntnis führen, dass ADHS zwar als globales Phänomen betrachtet werden kann, die *Interpretation* damit assoziierter Verhaltensauffälligkeiten und Defiziten im schulischen Lernen jedoch stark von lokalen, historischen, kulturellen und politischen Faktoren beeinflusst ist.

Darüber hinaus gibt es bis heute *kein allgemein anerkanntes Störungsmodell*¹²⁰ von ADHS und ihm zugeschriebene Symptome treten auch bei vielen anderen psychischen

¹²⁰ Im Fachdiskurs zeigen sich zwei zentrale Erklärungsansätze: der medizinische und der psychologische. Ersterer geht von einer somatisch bedingten Grunderkrankung aus. ADHS ist demzufolge eine genetisch determinierte Stoffwechsel- und Funktionsstörung des Gehirns, wobei Ungleichgewichte der Neurotransmitter die Signalübertragung zwischen den Nervenzellen beeinflussen. Dieser „biologisch kindzentrierte“

Erkrankungen auf. Die Liste der Störungen mit einem ADHS analogen Symptombild ist lang und eine exakte differentialdiagnostische Abklärung sehr aufwendig (Jenni, 2017), jedoch von zentraler Bedeutung für die Indikation von therapeutisch und pädagogisch adäquaten Maßnahmen. Aufgrund der allgemeinen Vagheit nicht kausal orientierter, pragmatisch-dynamischer, rein deskriptiver Zuordnungen, die die klinische Diagnostik fundieren, propagierte Gerhardt Nissen bereits 1974 vier nosologische¹²¹ Gruppen als übergeordnete differentialdiagnostische Kategorien für das hyperkinetische Syndrom. Im Rahmen der Frankfurter Präventionsstudie (Leuzinger-Bohleber, Fischmann, Göppel, Lärer & Waldung, 2008) ergaben sich sogar sieben Gruppen der ätiologischen Differenzierung.

In Anbetracht des Umstandes, dass speziell der klinische Diskurs weder Unklarheiten zu der Frage, was ADHS nun genau ist, bereinigt, noch seine Kernaussagen zu Störungsbild und Symptomatik auf statistisch belastbare Daten zu stützen vermag, erscheint die Überlegung, dass Kinder eben unterschiedlich sind, ihre Entwicklung individuell verläuft und einige von ihnen auf speziellen Förderbedarf angewiesen sind, als des Dilemmas naheliegendste Lösung. Insofern ist auch der pädagogische oder therapeutische Bedarf höchst unterschiedlich. Dem bleibt hinzuzufügen, dass Spannungs- und Emotionsregulation, die Entwicklung von Selbst- und Sozialkompetenz genauso wie die Verlängerung und/oder Verbesserung der Aufmerksamkeitszuwendung und Konzentration Fertigkeiten sind, die auf der Grundlage einer emotional gefestigten Beziehung über eine *ermutigende Erziehung* und *konstruktive Sozialisationsbedingungen* zu erzielen sind – oder, wenn es

Ansatz geht von einer gestörten Informationsweiterleitung im synaptischen Spalt aus, durch sie werden Defizite der exekutiven Funktionen und des Belohnungssystems erklärt (vgl. Jenny, 2017).

Der psychologische Erklärungsansatz versucht die komplexe psychische und soziale Realität eines betroffenen Kindes zu beschreiben. Dabei werden die Verhaltensauffälligkeiten von prinzipiell gesunden Kindern als Reaktionen auf soziale, emotionale und erzieherische Missstände verstanden (Seidler, 2004).

¹²¹ Ein aktuelles entwicklungspsychopathologisches Modell fasst Symptome von Kindern und Jugendlichen nicht ausschließlich – nach klassisch medizinischer Nosologie-Orientierung – als Krankheitszeichen auf, sondern vielmehr als Störungszeichen aktueller Anpassungsprozesse (vgl. Fegert, Eggers & Resch, 2012; Resch, 2017). Verhaltensauffälligkeiten und Risikoverhaltensweisen dienen dementsprechend einem oder mehreren subjektiv bedeutsamen Zielen, etwa dem Wunsch nach Anerkennung und Gruppenzugehörigkeit, der Stabilisierung des Selbstwerts, dem Bedürfnis nach Ablösung oder kurzfristiger Befriedigung (Resch & Parzer, 2014). Symptome sind also immer auch auf ihre Funktionalität hin zu prüfen. „Ob sie als krankheitswertig einzuschätzen sind, hängt vom Gefährdungspotenzial für die Gesundheit und Entwicklungschancen einer Person ab“ (Bregenzer, Kupferschmid & Müller, 2019, S. 15).

denn erforderlich ist, über ergänzende therapeutische Interventionen anvisiert und erlernt werden können. Diese Feststellung lässt sich durch Ich-psychologische Konzepte theoretisch fundieren. Danach sind Kinder, damit sie *stabile Ich-Funktionen* entwickeln können, die nötig sind, um Triebimpulse und Affekte adäquat regulieren zu können, auf verlässliche und kontinuierliche Unterstützung durch primäre oder relevante Bezugspersonen angewiesen. Solche Regulationsprozesse sind ebenfalls bei der Entwicklung von Aufmerksamkeit relevant (vgl. Leuzinger-Bohleber, 2006, S. 29). Allerdings hat sich gezeigt, dass gerade bei Familien mit einem ADHS-diagnostizierten-Kind in der Regel interaktionelle Schwierigkeiten auftreten. Da externalisierendes Verhalten bei Kindern in einem engen Zusammenhang mit wenig förderlichen familiären Verhältnissen und einer allgemein belastenden familiären Situation steht (Art. 2; 4; 39; 77; 94), lässt sich aufgrund des Richtungsproblems dieser Korrelation die Ursache-Wirkungs-Beziehung nicht eindeutig klären. Dieser Sachverhalt wird von Nissen als *rückgekoppelter Aktions-Reaktionskreis* beschrieben, wobei die Symptomatik des Kindes das familiäre Umfeld pathogen stimme, was zu seiner Ablehnung führe, was wiederum die Symptome verstärke oder eine komorbide Störung begünstige. Schon Nissen war sich bewusst, dass fachliche Unterstützung nicht nur dem Kind, sondern eben auch seinen Eltern zukommen sollte. In derselben Weise beachtet (Zemp, 2018) in einem integrativen Modell das Problem von beiden Seiten. Für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Verstärkung der ADHS-Symptome bei Kindern werden die biologisch determinierte kindliche Vulnerabilität sowie die familiären Risikofaktoren „ungünstige Erziehung“, „negative Befindlichkeit der Eltern“, „geringe Sensitivität“ respektive „mindere Qualität der Eltern-Kind-Beziehung“ erfasst. Dieses *Diathese-Stress-Modell* erklärt den Einfluss der angeführten Prädiktoren auf die fünf Bereiche „Aufmerksamkeits- und Schulprobleme“, „ungünstige soziale Informationsverarbeitung“, „externalisierende Verhaltensprobleme“, „allgemeine Gedächtnisverzerrungen“ und „Schlafstörungen“. Dementsprechend lässt sich festhalten, dass Anpassungsschwierigkeiten und Integrationsprobleme in der Schule in hohem Masse mit vor- und außerschulischen *Entwicklungsbedingungen* korrelieren (Art. 2), die obendrein den Bildungserfolg beeinflussen (vgl. Bauer & Vester, 2008). Summa summarum führen diese Befunde die Notwendigkeit einer systemischen Perspektive vor Augen (Art. 4; 46), die im Kontext der beschriebenen vielschichtigen Problematiken, im Sinne der Persönlichkeitsentwicklung und der Förderung der Interaktionsfähigkeit, familienorientierten Interventionsmaßnahmen eine besondere Bedeutung beimisst.

Im Hinblick auf die schulische Leistungsfähigkeit oder allgemeiner das *Funktionsniveau* von ADHS betroffenen Kindern werden in der Regel Defizite der exekutiven Funktionen diskutiert. Es geht dabei um Fertigkeiten wie Daueraufmerksamkeit, Impulskontrolle, Reaktionswechsel, Verarbeitungsgeschwindigkeit, Arbeitsgedächtnis und Planungsverhalten. Des Weiteren wird das wahrnehmungsgebundene logische Denken inklusive dem Sprachverständnis untersucht und die Summe der Ergebnisse der verschiedenen Subskalenwerte oder Teilleistungsbereiche als Gesamtintelligenzquotient interpretiert. Im Vergleich zu einer Normstichprobe ergibt sich daraus das kognitive oder neurologische *Leistungsprofil* eines Probanden.

Unter Vorbehalt der oben erwähnten Limitationen der Aussagekraft aller Ergebnisse fand eine Studie (Art. 29) zu Exekutivfunktionen und emotionsbezogener Gesichtserkennung bei Kindern mit ADHS, Autismus und einer „gesunden“ Kontrollgruppe mit zunehmendem Alter bei allen Gruppen eine Verbesserung der exekutiven Funktionen und der Inhibitionsleistung bei Kindern mit ADHS. Insgesamt wurden keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede gefunden. Eine andere Studie (Art. 62), die Effekte sozialer und monetärer Belohnung bei Jungen mit Hyperkinetischer Störung des Sozialverhaltens (HSV) eruiert, zeigt, dass die Inhibitionsleistung mit motivationalen Anreizen zusammenhängt und sich durch solche verbessern lässt. In früheren Studien desselben Forschungsteams ließ sich die Fähigkeit zur Inhibitionskontrolle bei Jungen mit ADHS besonders durch soziale Belohnung steigern. Bei den Jungen mit HSV erzielte die monetäre Belohnung entgegen der Erwartung den größeren Verstärkereffekt. Als verhaltenswirksam erwiesen sich aber beide Belohnungsvarianten. Diese Ergebnisse sprechen für die Etablierung eines externen Motivationssystems zur Förderung der intrinsischen Motivation. Als Beispiel sei die Methode der *Verstärkerpläne* erwähnt, die die moderne Schulpraxis schon einsetzt (Art. 62; Kommentar 28, S. 119).

Die häufig reduzierte kognitive Leistung bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS sei eher durch komorbid vorliegende Entwicklungsstörungen zu erklären und nicht per se durch die Aufmerksamkeitsstörung oder einen durch diese bedingten Gesamt-IQ. Der dieser Erkenntnis zugrundeliegenden Studie (Art. 68) nach gibt es bei ADHS zwar signifikante Schwächen im Hinblick auf die Verarbeitungsgeschwindigkeit, jedoch nur bedingt bezüglich des Arbeitsgedächtnisses. Die Leistungsprofile der Probanden mit ADHS ohne Komorbiditäten und diejenigen der Gruppen mit Angststörungen oder anderen emotionalen Störungen wiesen ansonsten keine Unterschiede auf. Häufig zeigen Kinder mit *Entwicklungs- und Lernstörungen* auch Defizite in der Aufmerksamkeitssteuerung sowie

Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität. Da bisherige Studien zur Komorbidität nicht systematisch zwischen den verschiedenartigen, von Beeinträchtigungen betroffenen Schulleistungsbereichen unterscheiden und die wichtige Differenzierung, ob es sich bei den existierenden Lernschwierigkeiten um Störungen oder um Schwächen handelt, nicht berücksichtigen, intendierte eine Studie (Art. 87) die Prävalenz bei Kindern mit Lernschwierigkeiten gesondert nach ADHS-Subtypen, schulischem Leistungsbereich und Differenzierung der Lernschwierigkeit zu analysieren. Bei den untersuchten Kindern ohne Lernauffälligkeiten und bei den Kindern mit isolierten Rechenschwierigkeiten entsprach die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines ADHS-Subtyps nach DSM-IV der allgemeingültigen Prävalenzrate von 5%, während bei annähernd 20% der Kinder mit Schriftsprachschwierigkeiten und bei Kindern mit unterdurchschnittlicher Intelligenz ein ADHS-Subtyp festgestellt wurde. Bei der lernunauffälligen Kontrollgruppe wiesen Jungen im Vergleich zu Mädchen ein ungefähr eineinhalbfach erhöhtes Risiko für ADHS auf. Dieses Risiko war bei den Kindern der Gruppe mit Lernschwierigkeiten für Jungen gegenüber Mädchen zwei- bis sechsfach erhöht. Dieser Zusammenhang fand sich insbesondere bei ADHS des unaufmerksamen Subtyps, der (von der Probandengruppe unabhängig) am häufigsten vorkam. Dass die schulische Minderleistung in erster Linie mit der bei den Probanden beobachteten Unaufmerksamkeit zusammenhängt, entspricht den Studienleitern zufolge den Ergebnissen von früheren Studien. Da aber Kinder mit hyperaktiven und impulsiven Symptomen die schulischen Abläufe sehr viel stärker stören, treten sie meistens in den Vordergrund. Demgegenüber legten die ermittelten Komorbiditätsraten nahe, das Augenmerk auch auf ruhige und lernschwache Kinder zu richten, denn eine Aufmerksamkeitsstörung vom unaufmerksamen Typ erschwere es betroffenen Kindern in der erforderlichen und wünschenswerten Weise vom Unterricht zu profitieren, wie die Forscher betonen (Art. 87; Kommentar 30, S. 127).

Den Wechselbeziehungen zwischen ADHS und allfälligen komorbiden Störungen sowie der kognitiven Leistungsfähigkeit widmeten sich zwei weitere Originalarbeiten. Die erste (Art. 68) bestätigt wieder die *geringere Verarbeitungsgeschwindigkeit* bei AD(H)S, diesmal im Vergleich mit an einer affektiven Störung leidenden Probanden. Der ADHS-Subgruppen-Vergleich (ADHS, ADS) ergab erneut signifikant niedrigere Index-Werte bei der ADS-Gruppe gegenüber der ADHS-Gruppe. Bezüglich Sprachverständnis, wahrnehmungsgebundenes logisches Denken, Arbeitsgedächtnis und Gesamt-IQ unterschied sich die ADHS-Gesamtgruppe (inklusive HSV) nicht von der Kontrollgruppe mit affektiven Störungen (Art. 97).

ADHS und die Lese- und Rechtschreibstörung können sich negativ auf die Entwicklung von Kindern auswirken. Beide Störungen korrelieren überzufällig häufig miteinander. Die zweite Originalarbeit (Art. 102) vergleicht die Aufmerksamkeits- und Leseleistungen von Kindern mit ADHS, LRS, ADHS plus LRS und einer „gesunden“ Kontrollgruppe. Gemäß der Fremdbeurteilung durch die Eltern anhand der „Child Behavior Check List“ (CBCL) erreichte die Gruppe der Kinder mit ADHS und komorbider LRS die stärksten Ausprägungen auf den Skalen „sozialer Rückzug“, „Angst & Depressivität“, „soziale Probleme“, „dissoziales“ und/oder „aggressives Verhalten“, „Aufmerksamkeitsstörungen“. Die Skalen des CBCL ermitteln die *psychosoziale Belastung* als Folge der internalisierenden und externalisierenden Symptome. Die Kinder der Gruppe mit LRS wiesen in der Einschätzung durch die Eltern hohe internalisierende Symptome auf und erzielten zudem erhöhte Werte auf der Subskala „aggressives Verhalten“. Im Vergleich zur „gesunden“ Kontrollgruppe zeigen sie erhebliche Einschränkungen der Aufmerksamkeit, die sich in vielen Bereichen aber nicht signifikant von jener der ADHS-Gruppe unterscheiden. Mit diesem Befund wird die zentrale Bedeutung einer fachlich fundierten, präzisen diagnostischen Abklärung unterstrichen.

Was die Zuverlässigkeit von Elternangaben in der Diagnostik psychisch und verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher betrifft, zeigt eine Untersuchung (Art. 107), dass deutliche Unterschiede in der Beurteilung von Eltern und Klinikern bei auffällig belasteten und unauffällig belasteten Eltern bestehen. Belastete Eltern nehmen die Symptome ihrer Kinder verstärkt, also verzerrt wahr und beurteilen sie darum negativer als qualifizierte Diagnostiker oder weniger belastete Eltern. Dies gilt für internalisierende und für externalisierende Auffälligkeiten und zeigte sich auch im errechneten Gesamtproblemwert. Elternangaben müssen den Studienleitern nach kritischer reflektiert und ihr Einbezug in diagnostische und therapeutische Entscheidungen sorgfältiger abgewogen werden. Die systematische Erfassung der elterlichen Belastung erachten sie dabei als hilfreich.

Allgemein assoziieren die Kernaussagen des klinischen Diskurses mit ADHS die beschriebenen Einschränkungen der Interaktionsfähigkeit und ein defizitäres Funktionsniveau, die sich beide negativ auf die Befindlichkeit der Menschen, die von der Störung betroffen sind und deren Umfeld auswirken, was wiederum zu Einbußen im Hinblick auf die Lebensqualität führt. Mit dem Thema „Lebensqualität“ setzen sich genau vier der zwanzig ausgewählten Artikel auseinander. Hierüber bleibt zusammenfassend wenig zu ergänzen.

Aufgrund der vorausgesetzten Defizite in der Verhaltenshemmung und Impulskontrolle bei ADHS interessierte es zwei Forscherinnen, wie Jungen mit ADHS im Alter von 8 bis 13 Jahren reagieren, respektive welche Emotionsregulationsstrategien sie anwenden, wenn sie sich über einen Freund ärgern. Die Untersuchung (Art. 32) basiert auf einem Selbstbeurteilungsfragebogen. Für die Verhaltensweise „Ausleben eines aggressiven Ärger-Impulses“ ergab sich kein signifikanter Unterschied im Vergleich zur Kontrollgruppe von Jungen ohne ADHS. Hinsichtlich des Einsatzes der erfragten Strategien zur Regulation des Ärgers zeigt die Untersuchung für die Experimentalgruppe einen Nachholbedarf auf. Dass Kinder mit ADHS gemäß Eigenabgabe seltener *adaptive Strategien zur Emotionsregulation* verwenden fand eine weitere Studie (Art. 66). Auch hier wurden die Gefühle „Wut“, „Angst“ und „Trauer“ im Vergleich zu Kindern ohne ADHS signifikant seltener durch die Anwendung der Strategien „kognitives Problemlösen“, „Problemorientiertes Handeln“, „Umbewertung“, „Zerstreuung“ und „Stimmung anheben“ reguliert. Außerdem griffen die Kinder der ADHS-Gruppe signifikant seltener als diejenigen der Kontrollgruppe auf „soziale Unterstützung“ als Ressource zurück. Ihr Unvermögen Emotionen adäquat regulieren zu können bedinge weitere psychische Auffälligkeiten, so ein weiteres zentrales Ergebnis der Studie. Langzeitforschungsergebnisse bei Erwachsenen pflichten dem bei. ADHS bei Kindern und Jugendlichen korreliere später mit hohen Raten von psychischen Folgekrankheiten, wobei sich eine starke Symptomausprägung, psychosoziale Funktionseinschränkungen und Intelligenzminderung negativ auf den Verlauf auswirken würden. Auch ein inkonsistenter und autoritärer Erziehungsstil hätten sich als ungünstig erwiesen. Diese führten insbesondere zu schlechten Schulleistungen und begünstigten dissoziale Entwicklungen. Demgegenüber gebe es kaum Erkenntnisse über langfristige Auswirkungen von Interventionen wie pharmakotherapeutische Behandlungen, Verhaltenstherapie und pädagogischen Maßnahmen, die bei ADHS häufig eingesetzt werden (Art. 77).

Die Zusammenhänge von ADHS im Kindesalter, Erziehungsverhalten von Müttern und der Lebensqualität in dieser dyadischen Beziehung sind auch Thema von Artikel 46. Dieser wurde oben zum Bereich „Interaktionsfähigkeit“ schon angeführt, zumal im Fazit familienorientierte Interventionsmaßnahmen empfohlen werden. Mütter von Kindern mit ADHS schätzen ihre Lebensqualität und diejenige ihrer Kinder als geringer ein als die Mütter der Kontrollgruppe mit Kindern ohne ADHS. Darüber hinaus schätzen sie auch ihr eigenes Erziehungsverhalten im Vergleich mit den Müttern der Kontrollgruppe eher negativ ein.

7.2 Schlussfolgerungen zum theoretischen und historischen Teil

Um den Anforderungen der richtungsweisenden Methode, Siegfried Jägers Kritischer Diskursanalyse, im Kern gerecht zu werden, müssen die Relationen von Diskurs, Subjekt und Wirklichkeit sowie jene von Diskurs, Wissen und Macht angesprochen und bezüglich der an den Forschungsgegenstand gestellten Fragen diskutiert werden. Der abschließende Text intendiert diesen Anspruch einzulösen und darüber hinaus das im Rahmen dieser Dissertation Gelernte zu verdichten und abzurunden.

Es gibt keine eindeutige Wirklichkeit, sondern nur eine subjektive oder kollektive Deutung eines Ausschnittes der Realität. Wir können Diskursen folglich keine Wahrheiten entnehmen, sondern die Wirklichkeit, wie sie uns erscheint, nur auf der Grundlage des in unterschiedlichen Sozialisationskontexten angeeigneten und tradierten Wissens deuten. Damit ist sinngemäß eine zentrale Hypothese der Kritischen Diskursanalyse umrissen. Bei ADHS lässt sich gestützt auf diese Hypothese zunächst festhalten, dass es sich um ein klinisches Störungsbild handelt, eine Konstruktion der Psychiatrie, die letztlich zur Beschreibung von Verhaltensauffälligkeiten und von der Norm abweichendem Verhalten zur Anwendung kommt und meistens mit einer Behandlungsempfehlung verknüpft wird. Der Umgang mit dem tradierten und favorisierten Wissen führt demnach zu einer von der breiten Öffentlichkeit akzeptierten Handlungspraxis, was im Sinne von Michel Foucault als Machtwirkung zu verstehen ist.

Die aktuelle klinische Auffassung zu *Störungsbild und Störungssymptomatik* zeigt sich in den dargelegten typischen Aussagen. Diese haben sich seit der Beschreibung der hyperkinetischen Impulsstörung im Jahre 1957 bis heute kaum verändert und gelten im klinischen Diskurs als gesichertes Wissen, das die Forschung unhinterfragt übernimmt und als Lehre, unzulänglich reflektiert, an Studierende weitervermittelt. Weil nun die Überprüfung der Kernaussagen in den fokussierten Bereichen gezeigt hat, dass die Aussagen nicht, respektive nur unzureichend empirisch gestützt werden, müssen sie hinterfragt werden. Verhaltensauffälligkeiten und abweichendes Verhalten sind gewiss schon immer oder spätestens seit der Antike beschrieben worden, allerdings mit wechselnden Begriffen, wobei sich deren Bedeutung oftmals nur im kulturellen und historischen Kontext erschließt. Mit dem Anbruch des Industriezeitalters, der Einführung der Schulpflicht und dem sich wandelnden Verständnis des Kindesalters gingen höhere Erwartungen an Kinder einher, die ihnen insbesondere erhöhte *Anpassungs- und Lernleistungen* abverlangten. Aus dieser erweiterten Perspektive erscheint es wenig überraschend, dass Erziehungs- und Schulschwierigkeiten im Zuge dieser strukturellen Umwälzungsprozesse

leidenschaftliche und emotional aufgeladene Debatten auszulösen vermochten. In diesem Zusammenhang entstanden die ersten Bildungseinrichtungen für geistig beeinträchtigte Kinder. Sie wurden entsprechend dem Grad ihrer Bildungsfähigkeit kategorisiert und entsprechenden Sonderschulklassen zugewiesen. Bei der Kategorisierung von geistiger Beeinträchtigung bei Kindern kam von Anfang an der Schule eine zentrale Rolle zu. Gleichzeitig wendeten sich Medizin und Psychologie zunehmend den Institutionen Schule und Familie zu, was bald dazu führte, dass pädagogische und medizinische Fragen ineinander übergingen. Damals wie heute gab und gibt es auch disziplinspezifische Klassifikationen, die nicht selten unterschiedliche Definitionen für dieselbe Problematik verwenden. Dazu passt eine weitere zentrale Hypothese der Kritischen Diskursanalyse. Sie besagt, dass es immer einen Kampf um unterschiedliche Deutungen der Wirklichkeit geben wird, zumal Wahrnehmung und Deutung jeweils an ein repräsentatives Wissen gebunden sind. Weiterführend kann auch die Frage nach der *Realisierung von Machtinteressen* sein. Offensichtlich ist es der Psychiatrie gelungen, die Deutungshoheit über das Phänomen, das sie ADHS nennt, zu erlangen. Auf diese Weise erklärt sich auch ihr dominanter Einfluss auf die *öffentliche Meinungsbildung*. Wie erwähnt haben die mehrfach modifizierte Terminologie und die Anpassungen im Störungskonzept schließlich zu einer breiteren *Akzeptanz* der modernen ADHS-Störungskonzeption geführt. Es wäre im Hinblick auf die Fallstudien von Still, Tredgold, Bradley und anderen, die im Diskurs als frühe Belege für die heute mit ADHS assoziierte Symptomatik interpretiert werden, wahrscheinlich nicht so weit gekommen. Dasselbe gilt für die Klassifikationspraxis mit früher verwendeten heilpädagogischen Fachbegriffen – es ist unvorstellbar, dass Eltern es heute hinnehmen würden, wenn ihnen eine Lehrperson, eine Psychologin oder ein Psychiater mitteilte, dass ihr Kind schwachbegabt, schwachsinnig oder blödsinnig sei, respektive eine hereditäre psychopathische Konstitution aufweise. Demgegenüber wird das dem Akronym ADHS zu Grunde liegende Konzept weder von der breiten Öffentlichkeit noch von der Psychiatrie oder der Pädagogik infrage gestellt. Vielmehr scheint das Konzept die Kooperation unter Fachleuten zu erleichtern und eine Reihe weiterer Vorteile mit sich zu bringen. Abgesehen davon, dass Betroffene die Diagnose manchmal als Vorwand nutzen, um sich von einer spezifischen Verantwortung zu entbinden oder persönliche Defizite zu rechtfertigen. Wenn kulturell vorgegebene Leistungsanforderungen und andere Erwartungen (noch) nicht erfüllt werden, kann die Diagnose einem Individuum den Zugang zu einem umfangreichen *Angebot von Hilfeleistungen* ermöglichen. In diesem Zusammenhang stellen sich Fragen zum Verhältnis von Diagnose und Behandlungsangeboten. Möglicher-

weise führen eine moderne Medizintechnik und die Psychopharmakotherapie einen Wandel herbei, der bewirkt, dass der Patient zum Kunden wird. Dirk Lanzerat vertrat schon im Jahr 2005 die Meinung, eine solche Verschiebung finde statt. Das kann dazu führen, dass auch gesunde Menschen bestimmte Behandlungsverfahren nutzen, wie es beispielsweise beim pharmakologischen Neuro-Enhancement vorkommt.

Im klinischen Bereich können manchmal Angebote die Diagnose beeinflussen. Bei ADHS tritt dann weniger die wissenschaftliche Frage nach der Art der Störung in den Vordergrund als die Frage, welche Symptome durch welche Mittel gelindert werden können und welche Diagnose die Mittel legitimiert.

Eine weitere kritische Frage, die mich bei der Diagnose ADHS bewegt, lautet: Könnte es sein, dass angesichts der in unglaublichem Tempo verlaufenden Umstrukturierungen in der Gesellschaft, der Schule und der Arbeitswelt auftauchende Anpassungs- und Lernprobleme individualisiert werden? Fellner (2013) stellt dar, wie die Probleme konzentrationsschwacher Kinder, welche mit institutionellen Widersprüchen der Schule zwischen Förderung und Selektion, aber auch mit gesamtgesellschaftlichen Widersprüchen und Ungleichheiten der Ressourcenverteilung zusammenhängen, das etablierte Schulsystem verunsichern. An dieser Stelle würden Jugendhilfe und Gesundheitssystem einspringen und Ressourcen in Form von Diagnostik und Therapie bereitstellen, was die Schule auch hinsichtlich ihres Förderbedarfs finanziell entlaste. Unter medizinisch-psychologischem Blickwinkel werden allerdings Ursachen und Probleme von Schul- und Erziehungsschwierigkeiten individualisiert und damit dem größeren Kontext entzogen. Allerdings lässt sich auch eine Gegenbewegung beobachten. Fellner vertritt deutlich ein Schulsystem, das offen und förderlich ist für individuelle Entwicklungsmöglichkeiten.

Eine historische Betrachtungsweise, wie Smith (2012) sie darlegt, zeigt noch weitere Zusammenhänge auf zur Klärung der Frage, warum ADHS zu der am häufigsten diagnostizierten Störung des Kindes- und Jugendalters geworden ist.

Die Einführung der Schulpflicht in den europäischen Staaten basiert auf der Einsicht, dass Bildung das Fundament für Fortschritt sei. Minderbegabte Kinder sollten optimal gefördert werden, damit auch sie integriert werden können und der Gesellschaft nicht zur Last fallen. Man sah sie als potenzielle Gefahr für die soziale Ordnung. Zirka 80 Jahre später verbreitete sich in Amerika die Auffassung, Bildung sei auch eine Frage der nationalen Sicherheit.

Die Zeit um 1960 lässt sich grundsätzlich als eine Epoche des Aufbruchs und des Umbruchs charakterisieren. Technischer Fortschritt, Wirtschaftsaufschwung, die zunehmende Wohlfahrt für die breite Bevölkerung und eine Kulturrevolution sind die Eckpfeiler des sozialen Wandels, der alle etablierten Institutionen durchdringen sollte. Gleichzeitig herrschte in den Vereinigten Staaten von Amerika, als primäres Epiphänomen des Ost-West-Konflikts, ein äußerst *frostiges politisches Klima* vor, das den Nährboden für eine fast an Paranoia grenzende *Angst* bereitete. Diese Angst war eine der treibenden Kräfte, die die amerikanische Regierung dazu veranlasste, viel Geld in den Umbau des Sozial-, des Bildungs- und des Gesundheitssystems zu investieren. Ideologisch wurde der Umbau dieser Institutionen auch durch *psychiatriespezifische Diskurse* gestützt. Parallel lösten verhaltenstherapeutische Ansätze und die biologische Psychiatrie das bisher vorherrschende psychodynamische Paradigma ab. Hierbei spielte der Anbruch einer intensivierten, durch Pharmakonzerne geförderte psychopharmakologische Forschung eine wegweisende Rolle. Während das am prominentesten von Sigmund Freud vertretene *Konfliktmodell* aufgrund seiner theoretischen Fundierung als zu spekulativ kritisiert wurde und nach Ansicht einiger Psychiater die Legitimität der Psychiatrie als medizinischer Disziplin infrage stellte, dachten viele biologisch orientierte Kliniker, die Psychopharmakotherapie stelle die Seriosität der Psychiatrie wieder her, zumal die medikamentöse Behandlung auf biologische Prozesse einwirkt und diese Wirkungen belegbar sind. In der Psychologie gewann das behavioristische Modell immer mehr an Boden. Mehr als die inneren seelischen Vorgänge wurde das beobachtbare und messbare Verhalten Gegenstand der Wissenschaft. Im behavioristischen Verständnis wird Verhalten als Ergebnis eines Konditionierungsprozesses oder als Effekt eines interaktiven Lernprozesses aufgefasst. Auffälliges oder abweichendes Verhalten wird dementsprechend weniger als Resultat eines innerpsychischen Konflikts, sondern vielmehr als ein individuelles Defizit betrachtet. Die therapeutische Behandlung von subjektiven Unzulänglichkeiten strebt sonach korrigierende, also förderliche Lernprozesse an, die zu einer Verhaltensänderung führen sollen. Im Zuge der pharmakologischen Forschung und der behavioristischen Strömung wurden *Verhaltens- und Psychopharmakotherapien* die bevorzugten Behandlungsmethoden der mit ADHS assoziierten Defizite. Als Pioniere dieser Entwicklung werden Laufer, Denhoff und Solomons zitiert. Die Forscher verorteten das mit der hyperkinetischen Impulsstörung beschriebene Syndrom im Grenzbereich zwischen pathologisch und alltäglich. Dem Syndrom zugeordnet wurden auffällige Verhaltensmerkmale, die mit Schwierigkeiten bei der Erziehung und Unvermögen im schulischen Leistungskontext verbunden

waren. Die *schulische Leistungsfähigkeit* stand, nachdem sie schon am Ende des 19. Jahrhunderts mit der Einführung der Schulpflicht zur Separierung von Kindern in leistungsadäquate Klassen geführt hatte, etwa 100 Jahre später, zum zweiten Mal im Fokus von Medizin, Psychologie und Pädagogik. Von Neuem zeigte sie die *Bedeutung der interdisziplinären Kooperation* auf.

Im Zusammenwirken der geschilderten Ereignisse etablierte sich zirka im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts die heute noch verbreitete *Handlungspraxis* im Umgang mit Kindern und Jugendlichen, die in der Schule aus unterschiedlichen Gründen auffällig in Erscheinung treten: Sie werden identifiziert, abgeklärt, diagnostisch klassifiziert und schließlich einer Behandlung zugeführt. Wie damals birgt die fließende Grenze zwischen Pathologischem zum Normalem eine Abgrenzungsproblematik in sich und führt zu ideologisch gefärbten Auseinandersetzungen. Während früher hauptsächlich ökonomische und sicherheitspolitische Überlegungen in nationalstaatlichem Interesse diese Handlungspraxis begründeten, wird sie heute tendenziell als *Sorge um die Zukunft der Kinder* interpretiert. Denn wenn Kinder, verglichen mit Gleichaltrigen oder Mitschülern, nicht mithalten können und insofern die Sorge besteht, dass sie im schulischen Wettbewerb um die erwarteten Qualifikationen unterliegen könnten, wird, meistens in Absprache mit den Eltern, vorsorglich intervenierend das sozial- und gesundheitspolitisch getragene Hilfesystem eingeschaltet. Im Konkurrenzkampf um spätere Arbeitsplätze und Teilnahmekancen in alltäglichen Lebensvollzügen ist es wohl sinnvoll das Individuum so zu fördern, dass es mithalten kann. Leider können *subjektive Voraussetzungen und Bedürfnisse* von Kindern und Jugendlichen bei der Verordnung von Behandlungsmaßnahmen nicht immer berücksichtigt werden. Auf indirektem Weg wird so das *Wettbewerbsprinzip* als oberste Maxime des wirtschaftlichen Denkens anerkannt. Die institutionalisierten Therapie- und Integrationsangebote haben darum oft ein Janusgesicht: Einerseits verfolgen sie das Ziel, das Potential eines einzelnen Kindes oder Jugendlichen voll zu entfalten und die Eigenverantwortung zu fördern, andererseits werden sie immer wieder nach ihrer Wirtschaftlichkeit hinterfragt. Wettbewerbsprinzip und Solidaritätsprinzip stehen sich entgegen. Oft werden egozentrische, nur dem eigenen Fortkommen verpflichtete Denk- und Verhaltensweisen belohnt.

Weil der klinische Diskurs übergeordnete Rahmenbedingungen, wie gesellschaftliche *Norm- und Werthaltungen* im historisch-kulturellen Kontext, die heute der grenzenlosen Machbarkeit verschrieben sind und insofern sowohl *Leistung* als auch *Funktionalität* als

höchste Prinzipien erachten und anerkennen, nicht hinreichend reflektiert, entstand bei mir der Eindruck, dass die Diagnose ADHS manchmal als pragmatische Antwort auf die Anforderungen des sozialen Wandels fungiert.

Abschließend möchte ich aktuelle Umwälzungsprozesse benennen, die im Zeichen der psychischen Gesundheit des Menschen auf gesellschaftlicher und politischer Ebene einer Auseinandersetzung bedürfen. Dabei denke ich hinsichtlich des in der Datenbasis aufgelisteten Artikel 76 besonders an sich *verändernde Lebensbedingungen im Zeitalter des Internets*, welche speziell Adoleszente betreffen, an demographische Entwicklungen, an den mit der Globalisierung zusammenhängenden Druck und die damit verbundene *Konkurrenz der Wertesysteme*.

Erziehungswissenschaftler sind herausgefordert und verpflichtet sich zu engagieren, wenn neue schulische Organisationsformen vorgeschlagen werden. Prävention, fördernde pädagogische und therapeutische Maßnahmen (gerade bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen) verlangen besondere Aufmerksamkeit. Der „European Pact of mental Health and Well-Being“ erachtet intensivierte Bemühungen im Bereich der Bildung als wesentliche Strategie, um psychischen Erkrankungen vorzubeugen (Art. 75).

7.3 Fazit

Konzepte und Kategorisierungen prägen unser Denken (Hoffmann, 2017) und bieten uns Orientierung. Das gilt besonders für das unübersichtliche Gebiet der Verhaltensauffälligkeiten und Lernschwierigkeiten, wo das Störungsbild ADHS in vielen Fällen die Kommunikation zwischen Fachleuten erleichtert und ein sinnvolles Zusammenspiel von Diagnose und Behandlung ermöglicht. Zur Behandlungspraxis gehört auch die pädagogische Begleitung und damit der Einbezug der Schule.

Bedeutende Stimmen des ADHS-Diskurses (Frölich, Döpfner & Banaschewski, 2014) stellen fest, dass der Schule im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzepts eine Schlüsselstellung zukommt. Zu diesem Ansatz haben sie pädagogisch-didaktische Ansätze sowie präventive Unterrichtsmethoden entwickelt. Von anderer Seite wird kritisiert, dass die Erziehungswissenschaft sich im ADHS-Diskurs zu wenig einbringe. Sie sei in der Erforschung pädagogisch notwendiger Rahmenbedingungen kaum aktiv und selten beteiligt, stellen Sauerbrey und Winkler (2011, S. 15) fest. Sie wünschen sich mehr Engagement von Seiten der Erziehungswissenschaft, besonders der Unterrichtsforschung.

Selbst in der Heilpädagogik dominierten psychologische Theorien, gleichzeitig fehle es an pädagogischen Bezügen und Fragestellungen (Hillenbrand, 2008). Eine Ausnahme macht der bekannte Schweizer Heilpädagoge Paul Moor, der bereits 1965 darauf hinwies, dass psychologische Begriffe¹²², auch wenn sie klar und exakt sein mögen, nicht einfach übernommen werden dürfen, da sie nicht für pädagogische Zwecke gebildet worden seien (Moor, 1965, S. 267).

Es ist sinnvoll, dass die Psychologie weiterhin als Grundlagenwissenschaft für Erziehung und Bildung fungiert. Aber ebenso notwendig ist eine eigenständige erziehungswissenschaftliche Forschung. Beide Wissenschaften sollen neue Fragestellungen und neues Wissen generieren (Steinebach, Süss, Kienbaum & Kiegelmann, 2016, S. 12). Dass die Erziehungswissenschaft eigene Fragestellungen entwickelt, die vorhandenen Konzepte kritisch überprüft und sich mit ihren Erkenntnissen in die Diskussion einschaltet, ist gerade im ADHS-Diskurs von entscheidender Bedeutung. Die dogmatische Anerkennung des klinischen ADHS-Konzepts führt gegenwärtig dazu, dass Bildungs- und

¹²² Es geht mir nicht um allgemeine psychologische Leitbegriffe, sondern um klinische Termini, die dem Spezialwissen der Psychopathologie entstammen.

Erziehungsfragen fast immer durch *psychiatrische Grundsätze* geprägt sind. Ein unreflektierter Anschluss an klinisches Expertenwissen birgt die Gefahr, dass Entwicklungskrisen, die durch Beziehungskonflikte oder soziale Notlagen ausgelöst sind, als subjektive Pathologien interpretiert werden. So werden oft nicht nur das spezifische Eigenleben des Kindes, sondern auch die individuelle Person des Erziehers und sein Einfluss als Bezugsperson ausgeblendet.

Im ADHS-Diskurs kreuzen sich medizinische Erkenntnisse, lösungsorientierte Therapieansätze, Kulturkritik und die Suche nach neuen Organisationsformen für das Bildungs- und Gesundheitssystem. Das eingebürgerte ADHS-Konzept erleichtert die Kommunikation zwischen den verschiedenen Instanzen. Wenn verhaltensauffällige und konzentrationschwache Kinder etablierte Institutionen wie Familie und Schule verunsichern und zu ihrer Unterstützung und Entlastung Jugendhilfe und Gesundheitssystem einspringen, indem sie Ressourcen in Form von Diagnostik und Therapie anbieten, ist es wichtig, eine gemeinsame Sprache zu finden. Das ADHS-Konzept dient diesem Anliegen.

Zu wenig gewichtet wird oft die Erkenntnis, dass *Lernprozesse* am besten auf der Basis von verlässlichen und tragfähigen Beziehungen zwischen Kind und erwachsener Bezugsperson gelingen. Ihr kommt dabei eine Vorbildfunktion zu. Darüber hinaus brauchen Kinder und Jugendliche ein emotional zuträgliches soziales Klima und ein Umfeld, das Entdeckerfreude weckt und zum Lernen anregt.

Erziehung betrifft immer konkrete Kinder und findet in der Beziehung zwischen Menschen mit ihren individuellen Gegebenheiten statt. Daneben aber ist das pädagogische Geschehen eingebettet in eine historisch gegebene *Kultur*. Ihr Rahmen und ihre Werte tangieren das Erziehungsgeschehen, ohne dass die Einzelnen sich dessen bewusst sind.

Dass die Diagnose ADHS in den vergangenen Jahren bei uns stark zugenommen hat, hängt mit einem verbesserten Diagnose- und Therapieangebot zusammen, daneben aber mit kulturellen Veränderungs- und Beschleunigungsvorgängen. Zur pädagogischen Forschung gehört der Einbezug kultureller Gegebenheiten und die Frage ihres Einflusses auf die Lebens- und Lernwelt des Kindes. Auch Fragen der *Ethik* dürfen nicht ausgeklammert werden.

Bei der im Zusammenhang mit dem Konzept ADHS beschriebenen klinischen Symptomatik stellt sich für den Pädagogen die Frage nach Beziehungsqualität und Interaktion zwischen Kind und erwachsener Bezugsperson. Entscheidend sind die Fragen, wie sich die Qualitätsminderung erklären und vor allem wie sie sich verbessern lässt.

Zur Erklärung der Diagnose ADHS ist die Frage zentral, ob ADHS als biologisch bedingte Krankheit oder als Verhaltensauffälligkeit im Sinne einer Reaktion auf ungünstige psychosoziale Umstände interpretiert wird oder ob beide Erklärungsansätze sich überschneiden.

Bei beiden Erklärungsmodellen steht der Pädagoge vor der Aufgabe, die Beziehungsqualität und Interaktion zwischen Kind und erwachsener Bezugsperson zu verbessern. Unabhängig davon müssen die betroffenen Kinder eigene Möglichkeiten, wie sie mit ihren Eigenheiten umgehen können, entdecken. Auch bei solchen Lernprozessen brauchen sie die Unterstützung von pädagogischer Seite. Solche Hilfe zur Selbsthilfe gilt für den familiären und den schulischen Alltag.

Meistens geht es auch darum, dysfunktionale Gewohnheiten zu verändern. Sinnvolles Verhalten kann durch Vorleben, durch Anleiten und das Einschalten von kurzen Reflexionspausen vermittelt werden. Gut eingespielte Gewohnheiten helfen einen Tagesrhythmus und Zeit für das, was im Leben wichtig ist, zu finden.

Wie ein Individuum herausfindet, was es will und wie, was es braucht und wie es weiß, ob das, was es will, auch das ist, was es braucht: das sind *Orientierungsfragen*, die sich auf Normen und Werte beziehen und letztendlich der Identitätsentwicklung dienen (vgl. Reichenbach, 2018). Was einem Menschen gut tut, wie und mit Unterstützung von wem er das herausfindet, das sind Fragen, um die es bei der Erziehung geht; um sie kümmert sich die Pädagogik.

8. Bibliografie

- Ahrbeck, B., & Fickler-Stang, U. (2015). Ein inklusives Missverständnis: Warum die Dekategorisierung in der Verhaltensgestörtenpädagogik die Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie erschwert. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43(4), 255–263.
- Ariès, P. (1978/2011). *Geschichte der Kindheit (L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime, dt.-aus d. Franz. v. Caroline Neubaur u. Karin Kersten, 17. Auflage)*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.
- Barkley, R. A., & Peters, H. (2012). The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit"(Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *Journal of Attention Disorders*, 16(8), 623–630.
- Barrett, J., & Fleming, A. S. (2011). Annual research review: All mothers are not created equal: neural and psychobiological perspectives on mothering and the importance of individual differences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. Barrett & Fleming. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02306.x>
- Bauer, U., & Vester, M. (2008). Soziale Ungleichheit und soziale Milieus als Sozialisationskontexte. *Handbuch Sozialisationsforschung*. Weinheim & Basel, S, 184–202.
- Becker, N. (2014). "Schwierig oder krank?": ADHS zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Julius Klinkhardt.
- Behnisch, M., & Winkler, M. (2009). *Soziale Arbeit und Naturwissenschaft. Einflüsse, Diskurse, Perspektiven*. München: Reinhardt.
- Bittner, G. & Ertle, C. (1985). *Pädagogik und Psychoanalyse. Beiträge zur Geschichte, Theorie und Praxis einer interdisziplinären Kooperation*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Bond, E. D., & Partridge, G. E. (1926). Post-encephalitic behavior disorders in boys and their management in a hospital. *American Journal of Psychiatry*, 83(1), 25–103.
- Bradley, C., & Bowen, M. (1941). Amphetamine (benzedrine) therapy of children's behavior disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 11(1), 92.
- Bradley, P. B., & Hance, A. J. (1957). The effect of chlorpromazine and methopromazine on the electrical activity of the brain in the cat. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 9(2), 191–216.

- Bregenzer, U., Kupferschmid, S., & Müller, R. (2019). Zwischen Stuhl und Bank: Transition als Aufgabe der Adoleszentenpsychiatrie. *Psychiatrische Pflege*, 4(6), 13-18.
- Bublitz, H. (2001). Differenz und Integration. In *Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse* (pp. 225–260). Springer.
- Bühler, P. (2017). “Diagnostik” und “praktische Behandlung”: Die Entstehung der therapeutischen Funktion der Schule. In: *Reichenbach & Bühler*, S. S.176-195.
- Clements, S. D. (1966). *Minimal brain dysfunction in children: Terminology and identification: Phase one of a three phase project*. US Dept. of Health, Education and Welfare;[for sale by the Supt. of Docs~....
- Clouston, T. S. (1899). Stages of over-excitability, hypersensitiveness, and mental explosiveness in children and their treatment by the bromides. *Scott Med Surg J*, 4, 481–490.
- Clowse, B. B. (1981). *Brainpower for the cold war: The Sputnik crisis and National Defense Education Act of 1958*. Greenwood Publishing Group.
- Conners, C. K., & Eisenberg, L. (1963). The effects of methylphenidate on symptomatology and learning in disturbed children. *American Journal of Psychiatry*, 120(5), 458–464.
- Crain, F. (2005). *Fürsorglichkeit und Konfrontation. Psychoanalytisches Lehrbuch zur Arbeit mit sozial auffälligen Kindern und Jugendlichen*. Gießen: Psychosozial.
- Crook, W. C. (1974). An alternate method of managing the hyperactive child. *Pediatrics*, 54(5), 656.
- Daley, D. (2010). *Preschool-parent account of child symptoms (Pre-Pacs)*. Unpublished Manuscript.
- Datler, W. (1995). *Bilden und Heilen: auf dem Weg zu einer pädagogischen Theorie psychoanalytischer Praxis; zugleich ein Beitrag zur Diskussion um das Verhältnis zwischen Psychotherapie und Pädagogik*. Matthias-Grünwald-Verlag.
- Deater-Deckard, K. (2014). Family matters: Intergenerational and interpersonal processes of executive function and attentive behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 23(3), 230–236.
- DeMause, L. (1980). *Hört ihr die Kinder weinen: eine psychogenetische Geschichte der Kindheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Denham, S. A., Workman, E., Cole, P. M., Weissbrod, C., Kendziora, K. T., & Zahn-Waxler, C. (2000). Prediction of externalizing behavior problems from early to

- middle childhood: The role of parental socialization and emotion expression. *Development and Psychopathology*, 12(1), 23–45.
<https://doi.org/10.1017/S0954579400001024>
- Dinter-Jörg, M., Polowczyk, M., Herrle, J., Esser, G., Laucht, M., & Schmidt, M. H. (1997). Mannheimer Beurteilungsskalen zur Analyse der Mutter-Kind-Interaktion im Kleinkindalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 25, S. 207-217.
- Dirks, W. & Adorno, T. (1957). *Freud in der Gegenwart. Ein Vortragszyklus der Universitäten Frankfurt und Heidelberg zum 100. Geburtstag*. EVA Europäische Verlagsanstalt.
- Döpfner, M, Plück, J., Bölte, S., Lenz, K., Melchers, P., & Heim, K. (1998). Arbeitsgruppe Deutsche child behavior checklist. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). *Einführung und Anleitung zur Handauswertung. Einführung und Anleitung mit Deutschen Normen, Bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, k. Lenz, P. Melchers, K. Heim. Arbeitsgruppe Kinder-, Jugenddiagnostik (KJFD), Köln.*
- Döpfner, Manfred, Görtz-Dorten, A., & Lehmkuhl, G. (2008). *DISYPS-II: Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche-II: Manual*. H. Huber.
- Dörner, K., Plog, U., Bock, T., Brieger, P., Heinz, A., & Wendt, F. (2012). *IRREN IST MENSCHLICH*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Ebaugh, F. G. (1923). Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children. *American Journal of Diseases of Children*, 25(2), 89–97.
- Ellenberger, H. F. (2005). *Die Entdeckung des Unbewussten: Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychiatrie von den Anfängen bis zu Janet, Freud, Adler und Jung*. Diogenes.
- Ellesat, P. (2012). ADHS–alles nur genetisch. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, 1, 43.
- Ertle, C. (1985). Erzieherische Fragen aus der Sicht der Psychoanalyse von Freud bis zur „Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik “(1926-1937). In: *Bittner & Ertle*, S. 11–29.
- Estévez, N., Eich-Höchli, D., Dey, M., Gmel, G., Studer, J., & Mohler-Kuo, M. (2014). Prevalence of and associated factors for adult attention deficit hyperactivity disorder

- in young Swiss men. *PloS One*, 9(2), e89298.
- Fatke, R. & Scarbath, H. (1995). *Pioniere Psychoanalytischer Pädagogik*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Federn, E. (1990). Pädagogik und Psychoanalyse. In: W.-D. Hasenclever. *Pädagogik und Psychoanalyse: Marienauer Symposium zum* (Vol. 100).
- Fegert, J. M., Eggers, C., & Resch, F. (Eds. . (2012). *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. (F. Fegert, J. M., Eggers, C., & Resch, Ed.). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-19846-5>
- Feingold, B. F. (1976). Hyperkinesis and learning disabilities linked to the ingestion of artificial food colors and flavors. *Journal of Learning Disabilities*, 9(9), 551–559. <https://doi.org/10.2307/3423460>
- Feingold, B. F. (1977). Behavioral disturbances linked to the ingestion of food additives. *Delaware Medical Journal*, 49(2), 89–94.
- Fellner, M. (2013). ADHS in der Erziehungsberatung–Diskurstheoretische Perspektive und Empowermentansatz an der Schnittstelle von Jugendhilfe, Gesundheitssystem und Schule. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 62(1), 61–76.
- Fischer, H. (2007). 50 Years Ago in The Journal of Pediatrics: Hyperkinetic behavior syndrome in children. *The Journal of Pediatrics*, 150(5), 520.
- Fitzgerald, M., Bellgrove, M., & Gill, M. (2007). *Handbook of attention deficit hyperactivity disorder*. John Wiley & Sons.
- Flemming, A. S. (1960). The philosophy and objectives of the National Defense Education Act. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 327(1), 132–138.
- Foucault, M. (1973). *Archäologie des Wissens* (126–127). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1978). *Dispositive der Macht: Über Sexualität, Wissen und Wahrheit*. Merve-Verlag.
- Foucault, M. (1983). *Sexualität und Wahrheit. Vol. 1, Der Wille zum Wissen* (tran. Ulrich Raulff and Walter Seitter, English edition: *The History of Sexuality, 1*). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Frölich, J., Döpfner, M., & Banaschewski, T. (2014). *ADHS in Schule und Unterricht: Pädagogisch-didaktische Ansätze im Rahmen des multimodalen Behandlungskonzepts*. Kohlhammer Verlag.
- Frosch, J., & Wortis, S. B. (1954). A contribution to the nosology of the impulse disorders. *American Journal of Psychiatry*, 111(2), 132–138.

- Gastaut, H. (1950). Combined photic and metrazol activation of the brain. *Electroencephalography & Clinical Neurophysiology*.
- Gawrilow, C. (2016). *Lehrbuch ADHS: Modelle, Ursachen, Diagnose, Therapie* (Vol. 3684). UTB.
- Gerhard, U.-J., & Schönberg, A. (2008). Johannes Trüper. Die Entstehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie als medizinische Fachdisziplin in Jena unter dem Einfluss und in Wechselwirkung mit der Pädagogik. *Hundert Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie. Biografien und Autobiografien*, 17–44.
- Gesell, A., Amatruda, C. S., Knobloch, H., & Pasamanick, B. (1947). *Developmental diagnosis: normal and abnormal child development, clinical methods and pediatric applications*. Hoeber New York.
- Golse, B. (2012). Bewusste Aufmerksamkeit, unbewusste Aufmerksamkeit und psychoanalytische Psychopathologie der Hyperaktivität. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, 1, 43.
- Gonon, P. (2017). Globalisierung als Herausforderung für die Schule (und Schultheorie). In: *Reichenbach & Bühler*, S. 208-223.
- Göllnitz, G. (1954). *Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung für die Kinderpsychiatrie*. Thieme.
- Hartmann, M., & Panizzon, L. (1950). *Pyridine and piperidine compounds and process of making same*. Google Patents.
- Haubl, R. (2012). Attention please! Kognitive und soziale Aufmerksamkeit. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, 43, 21–36.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D., & Keller, F. (2012). *Allgemeine Depressions Skala. Manual (2. überarbeitete und neu normierte Auflage)*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co KG.
- Hillenbrand, C. (2008). Einführung in die Pädagogik bei Verhaltensstörungen (4., überarbeitete Auflage). München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG.
- Hirblinger, H. (2001). *Einführung in die psychoanalytische Pädagogik der Schule*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Hoffmann, H. (1846). *Lustige Geschichten und drollige Bilder: für Kinder von 3-6 Jahren*. Literarische Anstalt (J. Rütten).
- Hofmann, M. (2019). A weak mind in a weak body? Categorising intellectually disabled children in the nineteenth and early twentieth centuries in Switzerland. *History of Education*, 48(4), 452–465.

- Hoffmann, M. (2017). Schwachbegabt, schwachsinnig, blödsinnig – Kategorisierung geistig beeinträchtigter Kinder um 1900. In: Bühler, P., & Hofmann, M. Education and Psychopathologization 1870–1940. *Bildungsgeschichte. International Journal for the Historiography of Education*, S. 142-156.
- Hopf, H. (2012). Psychoanalyse und Aufmerksamkeit. Unaufmerksame Wahrnehmung eines bedeutsamen Phänomens. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, 1, 43.
- Horstmann, K. T. (2011). *Grauzonen-Enhancement bei Kindern am Beispiel der ADHS-Ritalin®-Kontroverse: Medikation über die Therapie hinaus?* Inaugural-Dissertation zur Erlangung des doctor medicinae der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Universitätsklinikum Münster. Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin.
- Hughes, C. (2011). Changes and challenges in 20 years of research into the development of executive functions. *Infant and Child Development*, 20(3), 251–271.
- Huguet, M. (1984). *L'ennui et ses discours*. FeniXX.
- Hurrelmann, K., & Bauer, U. (2018). *Einführung in die Sozialisationstheorie*. Beltz, J.
- Hügli, A. (1999). *Philosophie und Pädagogik*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Hyman, S. E. (2002). Neuroscience, genetics, and the future of psychiatric diagnosis. *Psychopathology*, 35(2–3), 139–144.
- Jackson, M. (2000). *The borderland of imbecility: medicine, society and the fabrication of the feeble mind in late Victorian and Edwardian England*. Manchester University Press.
- Jäger, M., & Jäger, S. (2007). *Deutungskämpfe: Theorie und Praxis Kritischer Diskursanalyse*. Springer.
- Jäger, S. (2012). Kritische Diskursanalyse. Eine Einführung (6., vollständig überarbeitete Auflage). Münster: Unrast.
- Jäger, S., Zimmermann, J., & DISS. (2010). *Lexikon Kritische Diskursanalyse. Eine Werkzeugkiste*. Münster: Unrast.
- Jenni, O. (2017). ADHS Spektrum. *Lernen Und Lernstörungen*, 6(3), 113–121. Retrieved from <https://doi.org/10.1024/2235-0977/a000174>
- Kahn, E., & Cohen, L. H. (1934). Organic Driveness: Brain-stem Syndrome. Case Reports. *New England J. Med*, 210, 748–756.
- Kanner, L. (1957). *Child psychiatry*. Springfield, 111. Charles C Thomas.

- Kennedy, J. F. (1964). Message from the President of the United States relative to mental illness and mental retardation. *American Journal of Psychiatry*, 120(8), 729–737.
- Keown, L. (2011). Fathering and mothering of preschool boys with hyperactivity. *International Journal of Behavioral Development*, 35(2), 161–168.
- Kreuzer, T. F. (2007). *Psychoanalytische Pädagogik und ihre Bedeutung für die Schule*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Kronig, W. (2007). *Die systematische Zufälligkeit des Bildungserfolgs: Theoretische Erklärungen und empirische Untersuchungen zur Lernentwicklung und zur Leistungsbewertung in unterschiedlichen Schulklassen* (Vol. 32). Haupt Verlag AG.
- Kumbier, E., Domes, G., Herpertz-Dahlmann, B., & Herpertz, S. C. (2010). Autismus und autistische Störungen. *Der Nervenarzt*, 81(1), 55–65.
- Längle, A. (2016). *Existenzanalyse: Existentielle Zugänge der Psychotherapie*. Facultas Verlags-und Buchhandels AG.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (2000). Entwicklung von Risikokindern im Schulalter: Die langfristigen Folgen frühkindlicher Belastungen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*.
<https://doi.org/10.1046/j.1540-8167.2005.40709.x>
- Laufer, M. W., & Denhoff, E. (1957). Hyperkinetic behavior syndrome in children. *The Journal of Pediatrics*. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(57\)80257-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(57)80257-1)
- Laufer, M. W., Denhoff, E., & Solomons, G. (1957). Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problems. *Psychosomatic Medicine*, 19(1), 38–49.
- Laufer, M. W., Denhoff, E., & Solomons, G. (2011). Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problems. *Journal of Attention Disorders*, 15(8), 620–625.
<https://doi.org/10.1177/1087054711413043>
- Lempp, R. (1964). *Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose: Die Bedeutung eines frühkindlichen exogenen Psychosyndroms für die Entstehung kindlicher Neurosen und milieureaktiver Verhaltensstörungen*. Huber.
- Leo, J. (2002). American preschoolers on Ritalin. *Society*, 39(2), 52–60.
- Leuzinger-Bohleber, M., Fischmann, T., Göppel, G., Läser Katrin, L., & Waldung, C. (2008). Störungen der frühen Affektregulation: Klinische und extraklinische Annäherungen an ADHS. *Psyche*, 62(7), 621–653.
- Leuzinger, M. (2006). *ADHS-Frühprävention statt Medikalisierung: Theorie, Forschung, Kontroversen* (Vol. 4). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Levy, S. (1959). Post-encephalitic behavior disorder—a forgotten entity: A report of 100

- cases. *American Journal of Psychiatry*, 115(12), 1062–1067.
- Lindmeier, B. (2010). Zur Geschichte der Verhaltensgestörtenpädagogik als universitäre Disziplin. *Pädagogik bei Verhaltensstörungen. Ein Handbuch*. Stuttgart, 21–26.
- Link, J. (1992). Die Analyse der symbolischen Komponenten realer Ereignisse. Ein Beitrag der Diskurstheorie zur Analyse neorassistischer Äußerungen. *OBST*, 46(1992), 37–53.
- Link, J., & Link-Heer, U. (1990). Diskurs/Interdiskurs und Literaturanalyse/Discourse/Interdiscourse and analysis of literature. *Zeitschrift für Literaturwissenschaft und Linguistik*, 20(77), 88.
- Löwy, I. (1992). The strength of loose concepts—Boundary concepts, federative experimental strategies and disciplinary growth: The case of immunology. *History of Science*, 30(4), 371–396.
- Lytton, G. J., & Knobel, M. (1959). Diagnosis and treatment of behavior disorders in children. *Diseases of the Nervous System*, 20, 334.
- MacKeith, R. C., & Bax, M. (1963). *Minimal cerebral dysfunction: Papers from the international study group held at Oxford, September, 1962*. Spastics International Medical Publications.
- Margen, S. (1975). Why Your Child is Hyperactive. *Journal of Nutrition Education*. [https://doi.org/10.1016/S0022-3182\(75\)80109-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3182(75)80109-9)
- Maxwell, B., & Reichenbach, R. (2007). Educating moral emotions: a praxiological analysis. *Studies in Philosophy and Education*, 26(2), 147–163.
- Mayer, H., Heim, P., Peter, C. & Scheithauer, H. (2016): *Papilio - Theorie und Grundlagen. Ein Programm für Kindertagesstätten zur Prävention von Verhaltensproblemen und zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenz. Ein Beitrag zur Sucht- und Gewaltprävention* (4., überarbeitete und ergänzte Auflage). Augsburg: Papilio.
- Mayes, R., & Rafalovich, A. (2007). Suffer the restless children: the evolution of ADHD and paediatric stimulant use, 1900—80. *History of Psychiatry*, 18(4), 435–457.
- Meili, M. (22. Mai 2018). Ein Labortest für Zappelphilippe. *Der Landbote*, S. 13.
- Merkt, J., & Petermann, F. (2015). Klinische Diagnostik der ADHS im Vorschulalter. *Zeitschrift Für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.
- Moor, P. (1965). *Heilpädagogik: ein pädagogisches Lehrbuch*. H. Huber.
- Myers, R. L. (2007). *The 100 most important chemical compounds: a reference guide*. ABC-CLIO.
- Myschker, N., & Stein, R. (2014). *Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen:*

- Erscheinungsformen-Ursachen-Hilfreiche Massnahmen* (7., überarbeitete Auflage). W. Kohlhammer Verlag.
- Nissen, G. (1974). Das hyperkinetische Syndrom im Kindesalter. *Msschr. Kinderheilk*, 122, 790–793.
- Nissen, Gerhardt. (2005). *Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Oelkers, J. (2002). *Einige historische Erfahrungen im Verhältnis von Psychologie und Pädagogik*. In: Reichenbach & Oser, S. S.12-28.
- Olson, S. L., Bates, J. E., Sandy, J. M., & Lanthier, R. (2000). Early developmental precursors of externalizing behavior in middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2), 119–133.
- Olson, S. L., Sameroff, A. J., Kerr, D. C. R., Lopez, N. L., & Wellman, H. M. (2005). Developmental foundations of externalizing problems in young children: The role of effortful control. *Development and Psychopathology*, 17(1), 25–45.
- Ounsted, C. (1955). The hyperkinetic syndrome in epileptic children. *Lancet*, 269, 303–311.
- Papoušek, M. (2004). Dysphorische Unruhe und Spielunlust in der frühen Kindheit: Ansatz zur Früherkennung und Prävention von ADHS? In: M. Papoušek, M. Schieche, H. Wurmser (Hrsg.). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (357-388). Bern: Huber.
- Patterson, G. R. (1970). *Reciprocity and coercion: Two facets of social system*.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys* (Vol. 4). Castalia Pub Co.
- Pauli-Pott, U., & Beckmann, D. (2007). On the association of interparental conflict with developing behavioral inhibition and behavior problems in early childhood. *Journal of Family Psychology*, 21(3), 529.
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948.
- Rasmussen, N. (2008). *On speed: The many lives of amphetamine*. NYU Press.
- Redl, F. (1932). Erziehungsberatung, Erziehungshilfe, Erziehungsbehandlung. *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik*, 6(11–12), 523–532.
- Reichenbach, R. (2018). *Ethik der Bildung und Erziehung* (Vol. 4859). UTB.

- Reichenbach, R. & Bühler, P. (2017). *Fragmente zu einer pädagogischen Theorie der Schule: erziehungswissenschaftliche Perspektiven auf eine Leerstelle*. Weinheim; Basel: Beltz Juventa.
- Reichenbach, R., & Oser, F. (2002). *Die Psychologisierung der Pädagogik: Übel, Notwendigkeit oder Fehldiagnose*. Weinheim; München: Beltz Juventa.
- Reinhold, R. (1970). Drugs that Help Control the Unruly Child.”. *New York Times*, 5.
- Remschmidt, H., & Becker, K. (2011). *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung*. Georg Thieme Verlag.
- Resch, F. (2017). Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – Ein Rundblick. *Neuropsychiatrie*, 31(3), 127-132.
- Resch, F., & Parzer, P. (2014). Stellenwert der Entwicklungspsychopathologie für die Psychotherapie bei Jugendlichen. *Psychotherapeut*, 59(2), 100-108.
- Robertson, P. (1977). Das Heim als Nest. Mittelschichten-Kindheit in Europa im neunzehnten Jahrhundert. *Hört ihr die Kinder Weinen: Eine psychogenetische Geschichte der Kindheit*. Ed. Lloyd de Mause. Frankfurt AM: Suhrkamp, 565–600.
- Romanos, M., & Jans, T. (2014). ADHS – an der Nahtstelle von Medizin und Pädagogik. *Lernen und Lernstörungen*, 3(2), 117–132. <https://doi.org/10.1024/2235-0977/a000060>
- Rosenfeld, G. B., & Bradley, C. (1948). Childhood behavior sequelae of asphyxia in infancy: With special reference to pertussis and asphyxia neonatorum. *Pediatrics*, 2(1), 74–84.
- Rothenberger, A., & Neumärker, K.-J. (2005). *Wissenschaftsgeschichte der ADHS. Kramer-Pollnow im Spiegel der Zeit*. Darmstadt: Steinkopff.
- Sauerbrey, U., & Winkler, M. (2011). Die pädagogische Bedeutung des Sachverhaltes ADHS. *Pädagogische Anmerkungen zur Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*, 7–22.
- Sauerbrey Ulf & Freytag, C. (2009). Diagnose ADHS - Hinweise zum vorsichtigen Umgang mit einer Trenddiagnose. *Forum Erziehungshilfen*, (4), 206–209. <https://doi.org/10.3262/FOE0904206>
- Schmid, M., & Di Bella, N. (2012). Sozialpädagogische Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in (teil-) stationären Settings. *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik*, 278–293.
- Schmutz, S. D. (2004). *Die Amphetaminbehandlung verhaltensauffälliger Kinder von*

- 1937 bis in die 70er Jahre in Amerika unter besonderer Berücksichtigung der Substanz Methylphenidat (Ritalin)*. Dissertation: Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität.
- Scholz, K. K., Schuh, L. C., & Döpfner, M. (2014). *Manual zur deutschsprachigen Fassung Five Minute Speech Sample für das Kindesalter nach Daley (FMSS-K)*. Köln: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters.
- Schön, B. (2002). *Gemeinsamkeiten und Differenzen zwischen pädagogischem und therapeutischem Denken und Handeln*. In: Reichenbach & Oser, S. 109-125.
- Schrag, P., & Divoky, D. (1976). *The myth of the hyperactive child and other means of child control*.
- Schreyer, I., & Hampel, P. (2009). ADHS bei jungen im Kindesalter - Lebensqualität und erziehungsverhalten. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37(1), 69–75. <https://doi.org/10.1024/1422-4917.37.1.69>
- Schwenck, C. (2016). Ist ADHS eine Modediagnose? Haben Aufmerksamkeitsprobleme und Hyperaktivität zugenommen? In: *Psychische Störungen bei Jugendlichen* (pp. 91–110). Springer.
- Seidler, E. (2004). “Zappelphilipp” und ADHS - Von der Unart zur Krankheit. *Deutsches Arzteblatt-Arztliche Mitteilungen-Ausgabe A*, 101(5), 239–242.
- Siegel, E. (1968). Learning disabilities: Substance or shadow. *Exceptional Children*, 34(6), 433–438.
- Smith, M. (2012). *Hyperactive: The controversial history of ADHD*. Reaktion books.
- Smith, M. (2017). Hyperactive Around the World? the History of ADHD in Global Perspective. *Social History of Medicine*, 30(4), 767–787. <https://doi.org/10.1093/shm/hkw127>
- Somerville, L. H., & Casey, B. J. (2010). Developmental neurobiology of cognitive control and motivational systems. *Current Opinion in Neurobiology*, 20(2), 236–241.
- Staufenberg, A. M. (2011). *Zur Psychoanalyse der ADHS: Manual und Katamnese*. Brandes & Apsel.
- Steinebach, C., Süss, D., Kienbaum, J., & Kiegelmann, M. (2016). *Basiswissen pädagogische Psychologie: Die psychologischen Grundlagen von Lehren und Lernen*. Beltz Juventa.
- Steinhausen, H-C, Metzke, C. W., Meier, M., & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. *Acta*

- Psychiatrica Scandinavica*, 98(4), 262–271.
- Steinhausen, H. C., Döpfner, M., & Schubert, I. (2016). Zeitliche Trends bei den Häufigkeiten für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und stimulanzenbehandlung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 44(4), 275–284. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000432>
- Steinhausen, Hans-Christoph. (2016). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. Urban & Fischer.
- Steinhausen, Hans-Christoph. (2019). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. Elsevier Health Sciences.
- Steinhausen, Hans-Christoph, Rothenberger, A., & Döpfner, M. (2010). *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Steinhausen, H.-C., Rothenberger, A., Döpfner, M.; Holtmann, M. & Philipsen, A. (2020). *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (2. erweiterte und ergänzte Aufl.)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Still, G. F. (1902). *The Goulstonian Lectures. Some Abnormal Psychical Conditions in Children*, 1008–1012.
- Strauss, A. A., & Lehtinen, L. E. (1947). *Psychopathology and education of the brain-injured child*.
- Taylor, E. (2011). Antecedents of ADHD: a historical account of diagnostic concepts. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 3(2), 69–75.
- Thorpe, F. T. (1946). Prefrontal leucotomy in treatment of post-encephalitic conduct disorder. *The British Medical Journal*, 312–314.
- Tröster, H. (2011). *Eltern-Belastungs-Inventar: EBI; deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von RR Abidin*. Hogrefe.
- Trott, G. E., Badura, F., & Wirth, S. (1996). Das hyperkinetische Syndrom in der jugendpsychiatrischen Forschung. *Schriftenr Deutsch Ges Gesch Nervenheilk*, 8, 293–300.
- Türcke, C. (2012). *Hyperaktiv!: Kritik der Aufmerksamkeitsdefizitkultur* (Vol. 6032). CH Beck.
- Vloet, T. D., Konrad, K., Herpertz-Dahlmann, B., & Kohls, G. (2011). Der Einfluss

- sozialer und monetärer Belohnungen auf die Inhibitionsfähigkeit von jungen mit hyperkinetischer Störung des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39(5), 341–349.
<https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000127>
- Von Aster, S., von Aster, M. E., & von Aster, M. G. (2014). Kinderpsychiatrie am Scheideweg: Störungskonzepte mit unerwünschten Nebenwirkungen. *Lernen und Lernstörungen*, 3, 185–202.
 Retrieved from <https://econtent.hogrefe.com/doi/full/10.1024/2235-0977/a000071>
- Von Stechow, E. (2015). *Von Störern, Zerstreuten und ADHS-Kindern: Eine Analyse historischer Sichtweisen und Diskurse auf die Bedeutung von Ruhe und Aufmerksamkeit im Unterricht vom 16. bis zum 21. Jahrhundert*. Julius Klinkhardt.
- Walcher-Andris, E. (2006). Ethische Aspekte des pharmakologischen “cognition enhancement” am Beispiel des Gebrauchs von Psychostimulantien durch Kinder und Jugendliche. *Ethik in der Medizin*, 18(1), 27–36. <https://doi.org/10.1007/s00481-006-0411-4>
- Weber-Börgmann, I., Burdach, S., Barchfeld, P., & Wurmser, H. (2014). ADHS und das Ausmaß der elterlichen Stressbelastung bei mangelnder Spielfähigkeit im Säuglings- und Kleinkindalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42(3), 147–155. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000284>
- Zagorac, D. (2008). *Wie die Pädagogik zur Psychoanalyse kam: psychoanalytische Pädagogik damals und heute*. Tectum-Verlag.
- Zemp, M. (2018). Die elterliche Paarbeziehung in Familien mit Kindern mit ADHS: Wechselwirkungen zwischen Partnerschaftsstörungen und kindlicher Symptomatik. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 46(4):285 – 297.
- Zimmerman, F. T., & Burgemeister, B. B. (1958). Action of methyl-phenidylacetate (Ritalin) and reserpine in behavior disorders in children and adults. *American Journal of Psychiatry*, 115(4), 323–328.
- Zulliger, H. (1957). Psychoanalyse und Pädagogik. In: *Dirks & Adorno*.

9. Anhang

A. Diskursfragment Nr. 1

Hyperkinetic Impulse Disorder in Children's Behavior Problems

MAURICE W. LAUFER, M.D., ERIC DENHOFF, M.D.,
and GERALD SOLOMONS, M.D.

IT HAS long been recognized and accepted that a persistent disturbance of behavior of a characteristic kind may be noted after severe head injury, epidemic encephalitis and communicable disease encephalopathies, such as measles, in children. It has often been observed that a behavior pattern of a similar nature may be found in children who present no clear-cut history of any of the classical causes mentioned.

This pattern will henceforth be referred to as *hyperkinetic impulse disorder*. In brief summary, hyperactivity is the most striking item. This may be noted from early infancy on or not become prominent until five or six years of age. There are also a short attention span and poor powers of concentration, which are particularly noticeable under school conditions. Variability also is frequent, with the child being described as quite unpredictable

and with wide fluctuations in performance. The child is impulsive and does things "on the spur of the moment," without apparent premeditation. Outstandingly also these children seem unable to tolerate any delay in gratification of their needs and demands. They are irritable and explosive, with low frustration tolerance.

Poor school work is frequently quite prominent. The previously described behavioral items in themselves create a pattern which makes it very difficult for the child to participate in the work of a school room. In addition there is often visual-motor difficulty which, combined with the other difficulties described above, makes for poor work in arithmetic and reading. In writing and reading, "reversals" are frequent and the handwriting is often crabbed and irregular.

The salient characteristics of the behavior pattern described are strikingly similar to those in cases with clear-cut organic causation studied by Rosenfeld and Bradley,¹ and in which the present authors have been interested for over 10 years.

They also resemble the behavior pattern described by Frosch and Wortis.² On clinical grounds, Frosch and Wortis expressed the belief that this behavior disturbance is in some way related to the diencephalon, perhaps particularly to dysfunction of the hypothalamus. They grouped these behavior patterns under the heading of "the impulse disorders."

It is recognized that none of the items described as characteristic of hyperkinetic impulse disorder is diagnostic and that each of these or any combination of these may also have a purely emotional origin. Hypermotility

From the Emma Pendleton Bradley Home, Riverside, R. I.

Presented at the International Institute on Child Psychiatry in Toronto, August 1954.

This research was supported by the Squibb Research Laboratory under the direction of Dr. Geoffrey Rake, for which acknowledgment is gratefully made.

Received for publication January 12, 1956.

The authors acknowledge their indebtedness to Charles Bradley, M.D., whose pioneer observations provided the inspiration for these studies; also to Donald Lindsley, Ph.D., who first showed what a useful role electroencephalography could play in this work. The statistical data was supplied by Eli Z. Rubin, Ph.D., and Anthony Davids, Ph.D., to whom thanks are given. Photo-Metrazol studies were carried out with the technical assistance of Mrs. Eleanor Hardy, Miss Barbara Chamberlain, and Mrs. Elizabeth Nickerson.

PSYCHOSOMATIC MEDICINE

in particular may serve the mechanisms of defense, may have an aggressive and sadistic component, and may have many other dynamic implications. In this paper, however, reference is made to a total symptom complex which, at the time of its origin at least, does not seem to be related to any particular psychological precipitant, though it may have concomitant psychological effects and sequelae. Details of differential diagnosis, psychological test findings, electroencephalographic observation, and so on, will be dealt with in a separate paper.

Experimental Studies

The present paper reports on some experimental studies designed to test the thesis that dysfunction of the diencephalon is in some way connected with the hyperkinetic syndrome of behavior. The studies are based upon the work of Gastaut and his photo-Metrazol technic.³ Gastaut summarized the potential value of this test as follows: "This is a clinical neurophysiological test which provides a method for the exploration of certain subcortical structures, among which the most

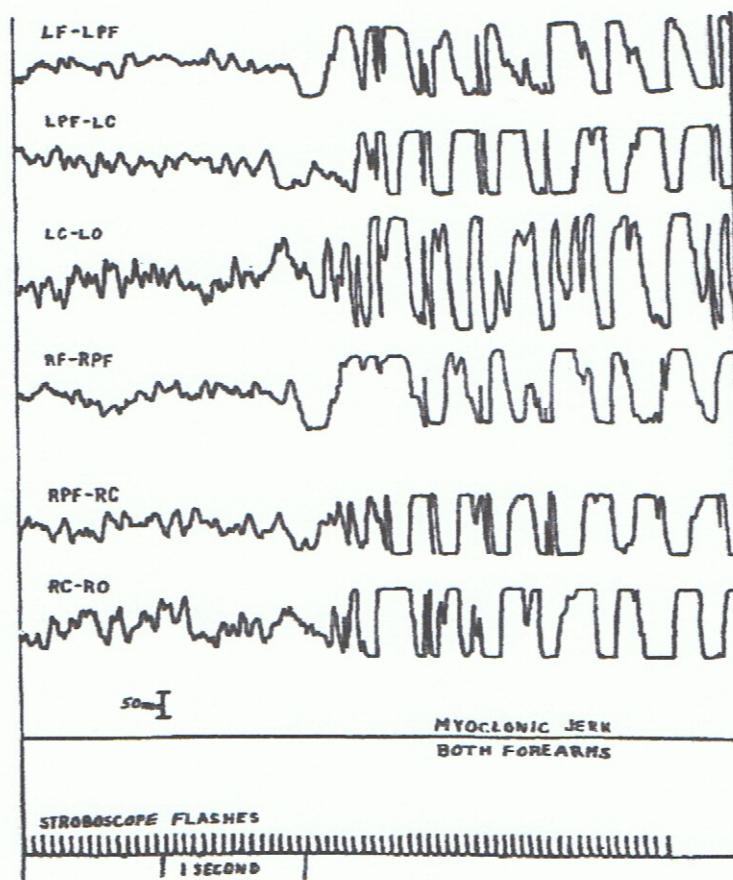


Fig. 1. End point of photo-Metrazol test.

VOL. XIX, NO. 1, 1957

Anmerkung: Folgender Link führt zum Originaltext, dem das abgebildete Diskursfragment entstammt: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.552.5640&rep=rep1&type=pdf> [abgerufen am 01. März 2020]. Der Feinanalyse der vorliegenden Arbeit (ab S. 52) liegt die Neuauflage zugrunde: Sie erschien 2011 im *Journal of Attention Disorders*. Online bereitgestellt unter URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1087054711413043> [abgerufen am 01. März 2020].

B. Diskursfragment Nr. 2

Der Artikel von Gerhardt Nissen wurde mir von der Zentralbibliothek Zürich (ZB), der Kantons-, Stadt- und Universitätsbibliothek von Zürich, auf Bestellung kostenpflichtig zugestellt. Um Urheberrechtsverletzungen vorzubeugen wird der Text an dieser Stelle nicht abgebildet. Hochschulangehörige und Studierende gelangen über nachfolgenden Link zum Onlinedienst der ZB, wo der entsprechende Artikel bestellt werden kann:

[https://sfx.metabib.ch/sfx_uzh?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_tim=2020-02-29T23%3A07%3A44IST&url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:ctx&rft_id=info:sid/primo.exlibrisgroup.com:primoArticle-med-line&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=article&rft.atitle=The%20hyperkinetic%20syndrom%20in%20childhood%20\(author%27s%20transl\)&rft.jtitle=Monatsschrift%20fur%20Kinderheilkunde&rft.btitle=&rft.aulast=Nissen&rft.aunit=&rft.aunit1=&rft.aunitm=&rft.ausuffix=&rft.au=Nissen,%20G&rft.aucorp=&rft.date=1974-09&rft.volume=122&rft.issue=9&rft.part=&rft.quarter=&rft.ssn=&rft.spage=790&rft.epage=&rft.pages=790-3&rft.artnum=&rft.issn=&rft.eissn=&rft.isbn=&rft.sici=&rft.coden=&rft_id=info:doi/&rft.object_id=&rft_dat=%3Cmedline%3E4612349%3C/med-line%3E%3Cgrp_id%3E8807624245069316752%3C/grp_id%3E%3Ccoa%3E%3C/oa%3E%3Curl%3E%3C/url%3E&req.langu-age=ger&rft_pqid=&rft_id=info:pmid/4612349&rft_galeid=&rft_cupid=&rft_eruid=&rft_nurid=&rft_ingid=](https://sfx.metabib.ch/sfx_uzh?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_tim=2020-02-29T23%3A07%3A44IST&url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:ctx&rft_id=info:sid/primo.exlibrisgroup.com:primoArticle-med-line&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=article&rft.atitle=The%20hyperkinetic%20syndrom%20in%20childhood%20(author%27s%20transl)&rft.jtitle=Monatsschrift%20fur%20Kinderheilkunde&rft.btitle=&rft.aulast=Nissen&rft.aunit=&rft.aunit1=&rft.aunitm=&rft.ausuffix=&rft.au=Nissen,%20G&rft.aucorp=&rft.date=1974-09&rft.volume=122&rft.issue=9&rft.part=&rft.quarter=&rft.ssn=&rft.spage=790&rft.epage=&rft.pages=790-3&rft.artnum=&rft.issn=&rft.eissn=&rft.isbn=&rft.sici=&rft.coden=&rft_id=info:doi/&rft.object_id=&rft_dat=%3Cmedline%3E4612349%3C/med-line%3E%3Cgrp_id%3E8807624245069316752%3C/grp_id%3E%3Ccoa%3E%3C/oa%3E%3Curl%3E%3C/url%3E&req.langu-age=ger&rft_pqid=&rft_id=info:pmid/4612349&rft_galeid=&rft_cupid=&rft_eruid=&rft_nurid=&rft_ingid=) [abgerufen am 29. Februar 2020].

Serviceleistungen der ZB, die elektronische-Medien-Angebote einschließen, können auch von Privatpersonen genutzt werden. Für weiterführende Informationen siehe unter URL: <https://www.zb.uzh.ch/de/services/nutzung-von-e-medien> [zuletzt abgerufen am 01. März 2020].

C. Diskursfragment Nr. 3

2

Eckpunkte zur Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland:

- 1. ADHS ist eine psychische Störung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die sich vor allem auf kognitiver und Verhaltensebene äußert und die mit erheblichen Belastungen und Beeinträchtigungen einhergeht.** Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS zeigen charakteristische und im Lebensverlauf sich wandelnde Merkmale von Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität, die nicht notwendigerweise alle gemeinsam auftreten, jedoch in mehreren Lebensbereichen (Familie, Schule, Beruf, Freizeit) zu beobachten sind. Diese Kernsymptome gehen in der Mehrzahl der Fälle mit anderen psychischen Störungen und Auffälligkeiten einher. Sie verursachen bei den Betroffenen deutliche Belastungen und Beeinträchtigungen der zwischenmenschlichen Beziehungen, der schulischen und beruflichen Leistungsfähigkeit und der Möglichkeiten zur Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen. ADHS stellt somit bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen eine behandlungsbedürftige, psychische Störung dar [1, 3, 6, 11, 13, 20, 25].
- 2. ADHS tritt häufig auf und kann einen chronischen Verlauf vom Kindesalter bis ins Erwachsenenalter haben.** Etwa 3 % bis 6 % der Kinder und Jugendlichen leiden an ADHS, wobei die Störung bei Jungen häufiger auftritt als bei Mädchen. Im Erwachsenenalter liegt die Häufigkeit von ADHS bei etwa 3%. ADHS ist eine chronische Störung und bei vielen Betroffenen persistiert die Symptomatik bis weit ins Erwachsenenalter hinein [5, 10, 15, 22].
- 3. Über die Ursachen von ADHS liegen empirisch gut gesicherte Erkenntnisse vor, die weitere Erforschung der Ursachen ist jedoch notwendig.** ADHS zählt zu den psychischen Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, über die bereits viele Erkenntnisse hinsichtlich der Ursachen gut gesichert sind. Genetische Ursachen haben den größten Anteil bei der Entstehung von ADHS, wobei Umweltfaktoren an der Entwicklung der ADHS beteiligt sind. Wie bei allen psychischen Störungen und bei vielen körperlichen Erkrankungen sind auch bei ADHS die Ursachenzusammenhänge jedoch noch nicht abschließend geklärt. Eine weitere Erforschung der Ursachen von ADHS ist daher notwendig [7, 8, 14, 16].
- 4. ADHS lässt sich zuverlässig diagnostizieren.** Wie alle psychischen Störungen ist die ADHS durch ein typisches Muster definiert, das sich aus mehreren Einzelsymptomen zusammensetzt, die in den international anerkannten Diagnosekriterien (von ICD-10, DSM-5) definiert sind und die unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. Bei diesen Symptomen gibt es einen fließenden Übergang zu Normvariationen, wie dies bei psychischen Störungen immer und auch bei körperlichen Erkrankungen nicht selten der Fall ist. ADHS kann aber von Normvariationen durch die Zahl

und Schwere der Symptome und die damit einhergehende, deutliche Beeinträchtigung meist in mehreren Lebensbereichen abgegrenzt werden. In Einzelfällen kann, wie bei vielen psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen, die Differenzialdiagnostik und Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen oder auch zur Normvariation schwierig sein. Insbesondere die differenzialdiagnostische Abgrenzung zu anderen Störungsbildern sowie die Diagnostik assoziierter, psychischer Störungen bedürfen besonderer Expertise. Auch die ADHS mit vorherrschend unaufmerksamem Erscheinungsbild, das gehäuft beim weiblichen Geschlecht auftritt, kann differenzialdiagnostisch schwer abzugrenzen sein. Insgesamt lässt sich ADHS mit gleicher Sicherheit und Verlässlichkeit, wie andere psychische Störungen, diagnostizieren [1, 6, 11, 27, 30].

- 5. Die frühzeitige Verminderung von ADHS-Symptomen und die Prävention ihrer negativen Auswirkungen sind möglich und sollten flächendeckend umgesetzt werden.** Mehrere auch im deutschen Sprachraum entwickelte Interventionsprogramme haben sich in der Prävention von expansiven Verhaltensauffälligkeiten, einschließlich von ADHS-Symptomen, bewährt und Studien belegen, dass sich ADHS-Symptome und assoziierte Auffälligkeiten durch psychosoziale Interventionen stabil vermindern lassen (indizierte Prävention). Die systematische Implementierung solcher evidenzbasierter Programme im Vorschul- und Schulalter sollte nun eingeleitet werden [17, 18, 23].
- 6. Die Behandlung von ADHS erfordert einen individuellen, multimodalen Ansatz.** In der Regel ist für eine wirkungsvolle Therapie eine Kombination verschiedener, individuell angepasster Behandlungskomponenten notwendig, die als multimodale Therapie bezeichnet wird. Neben verhaltenstherapeutisch fundierten Behandlungen im Einzel- und Gruppensetting (im Kindes- und Jugendalter, einschließlich Elterntraining und Interventionen im Kindergarten und in der Schule) hat sich besonders die pharmakologische Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen als wirkungsvoll erwiesen. Die Pharmakotherapie ist daher ein wesentlicher Behandlungsbaustein, sie ist jedoch nicht bei allen Patienten notwendig und sie bedarf einer Einbettung in ein multimodales Behandlungskonzept, das zumindest eine intensive Beratung der Betroffenen (im Kindes- und Jugendalter, einschließlich ihrer Bezugspersonen) umfasst. Häufig, jedoch nicht immer, sind zusätzlich verhaltenstherapeutische Interventionen indiziert. Die spezielle Indikationsstellung zur medikamentösen Behandlung und zu weiteren Interventionen ist – ebenso wie die Entscheidung über Zeitpunkt, Dauer und Dosis – in jedem Einzelfall sorgfältig und entsprechend dem aktuellen wissenschaftlichen Standard zu treffen. Langfristige Kontrollen von Wirkungen und Nebenwirkungen sind bei medikamentöser Therapie, wie bei allen anderen Behandlungsformen, notwendig [2, 6, 11, 12, 19, 21, 25, 26, 30].

3

Andere Therapieverfahren umfassen Nahrungsmittelergänzung und Neurofeedback, deren Stellenwert im Rahmen einer multimodalen Therapie jedoch noch eingehender untersucht werden muss. Zur Behandlung assoziierter, psychischer Störungen können weitere psychotherapeutische Interventionen auf verhaltenstherapeutischer, familiensystemischer oder tiefenpsychologischer Grundlage oder pharmakologische Interventionen indiziert sein [24].

- 7. Eine umfassende und leitlinienorientierte Diagnostik, Prävention und Therapie muss weiter verbessert werden.** Die Diagnostik, Prävention und Therapie von Patienten mit ADHS orientiert sich an den evidenzbasierten Leitlinien, die international weitgehend vergleichbare Standards definieren. Diese Standards sind gegenwärtig noch nicht flächendeckend realisiert. Um eine leitliniengerechte Versorgung zu realisieren, müssen:
 - (1.) die Zusammenarbeit der Fachpersonen innerhalb des Gesundheitssystems verbessert (siehe Eckpunkt 8),
 - (2.) die Vernetzung mit anderen relevanten, gesellschaftlichen Systemen verbessert (siehe Eckpunkt 9),
 - (3.) die Kooperation mit der Selbsthilfe intensiviert (siehe Eckpunkt 10),
 - (4.) die Fort- und Weiterbildung ausgebaut (siehe Eckpunkt 11) und
 - (5.) die Forschung stärker unterstützt werden (siehe Eckpunkt 12).

Darüber hinaus ist aus berufspolitischer Sicht eine leistungsgerechte Finanzierung der präventiven, diagnostischen und therapeutischen Leistungen durch die Krankenkassen notwendig [6, 12, 28, 29].

- 8. Eine fachgerechte Versorgung von Patienten mit ADHS innerhalb des Gesundheitssystems erfordert eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringer und die Schließung von Versorgungslücken.** Eine wirkungsvolle Prävention sowie die bedarfsgerechte diagnostische und therapeutische Versorgung von Patienten mit ADHS erfordert eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten, Psychotherapeuten und Heilmittelerbringern (z. B. Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten, Mototherapeuten) sowie mit Psychologen, Pädagogen und weiteren Fachkräften. In vielen Regionen haben sich Versorgungsnetze gebildet, die weiter gestärkt werden müssen und deren Aufbau in unterversorgten Regionen unterstützt werden muss. Eine Finanzierung dieser interdisziplinären Zusammenarbeit durch die Krankenkassen ist hilfreich. Die bestehenden ADHS-Verträge einzelner Krankenkassen mit Leistungserbringern können dabei hilfreich sein und sollten weiter ausgebaut werden. Weitere Versorgungslücken, beispielsweise im

Angebot verhaltenstherapeutischer Interventionen und von Diagnostik- und Behandlungsangeboten für Erwachsene, müssen geschlossen werden. Der Übergang vom Jugendalter in das Erwachsenenalter ist mit einem Wechsel der Behandlung verbunden und bedarf besonderer Abstimmung [9, 28, 29].

- 9. Eine umfassende Versorgung von Patienten mit ADHS erfordert spezifische Hilfestellungen in anderen gesellschaftlichen Systemen sowie eine enge Vernetzung mit dem Gesundheitssystem.** Da Patienten mit ADHS unter Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebensbereichen leiden, sind neben der Therapie in diesen Bereichen gezielte Unterstützungen und Hilfen in allen betroffenen Lebensbereichen notwendig, die weiter verbessert werden müssen. Dabei kommt den Bereichen Schule und Jugendhilfe eine besondere Bedeutung zu. Um diese zusätzlich notwendigen Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen, in Schulen (z. B. Inklusion), in der Jugendhilfe, in der Berufshilfe und der Rehabilitation zu optimieren, ist eine weitere Stärkung der Kooperation im Rahmen regionaler Netzwerke notwendig [9, 28, 29].
- 10. Die Zusammenarbeit der Fachpersonen und Fachstellen mit der Selbsthilfe trägt zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit ADHS bei und muss weiter intensiviert werden.** Hilfe zur Selbsthilfe unterstützt ADHS-Betroffene und ihre Angehörigen bei der Bewältigung ihrer Alltagsprobleme. Im konstruktiven Dialog zwischen Selbsthilfeorganisationen und Fachkräften sollten die jeweiligen Beiträge zur Versorgung optimiert werden.
- 11. Die Ausbildung sowie Fort- und Weiterbildung von Leistungserbringern im Gesundheitssystem und von Fachkräften in anderen gesellschaftlichen Systemen muss intensiviert werden.** Obwohl das Wissen um ADHS und ihre adäquate Behandlung bei Leistungserbringern im Gesundheitssystem und Fachkräften in anderen gesellschaftlichen Systemen (z. B. bei Erziehern, Lehrern, Sozialarbeitern) sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert hat, ist es notwendig, das Wissen bezüglich der empirisch gesicherten Erkenntnisse zur ADHS (präventive, diagnostische und therapeutische Maßnahmen) weiter auszubauen.
- 12. Die Erforschung von ADHS in Deutschland muss weiter gefördert werden.** Sowohl für das Kindes- und Jugendalter als auch für das Erwachsenenalter erfolgt die weitere Erforschung der Ursachen von ADHS, ihres Verlaufs, der Effekte präventiver und therapeutischer Interventionen auf hohem Niveau und deutsche Wissenschaftler sind in internationalen Forschungs- und Leitliniengruppen aktiv eingebunden. Diese Forschungsaktivität muss weiter unterstützt und ausgebaut werden, weil sie mittel- und langfristig einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS leistet.

13. In der Öffentlichkeit sind Fehlinformationen über das Störungsbild und seine Behandlung noch immer weit verbreitet, eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit ist daher notwendig. Schulen, Tageseinrichtungen und andere Erziehungsinstitutionen sowie an der öffentlichen Gesundheitsfürsorge beteiligte Verwaltungen (Jugendamt, Gesundheitsamt, Sozialamt, Strafvollzug und Polizei) sollten verstärkt über ADHS informiert werden. Öffentlichen Medien und der Fachöffentlichkeit sollten vermehrt evidenzbasierte Informationen zur ADHS und effektive präventiven, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zur Verfügung gestellt werden. Das kann dazu beitragen, dass den Menschen mit ADHS mit größerem Verständnis begegnet wird, ihre Chancen zur Integration und Teilhabe sich verbessern und sie mehr Möglichkeiten haben, ihre besonderen Begabungen in die Gesellschaft einzubringen [4, 9, 31].

* Diese Eckpunkte sind eine überarbeitete und aktualisierte Fassung des Papiers „Eckpunkte der Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“ vom 29. Oktober 2002. Grundlage dieser Überarbeitung durch das zentrale adhs-netz war die Statuskonferenz ADHS, die vom 08. bis 09. Dezember 2014 in Berlin stattfand. Eingeflossen in dieses Eckpunktpapier 2016 sind Stellungnahmen des zentralen adhs-netzes oder anderer Organisationen, bei denen das zentrale adhs-netz mitgearbeitet hat sowie Eckpunktpapiere des zentralen adhs-netzes zu ADHS und Schule und ADHS und Jugendhilfe (<http://www.zentrales-adhs-netz.de/ueber-das-netz/taetigkeit/arbeitsgruppen.html>). Die vorläufige Fassung wurde im interdisziplinären Beirat des zentralen adhs-netzes am 28.11.2015 und im Beirat der regionalen ADHS-Netze am 07.11.2015 diskutiert und anschließend von der Leitungsgruppe überarbeitet und am 15.01.2016 von ihr verabschiedet.

Die Leitungsgruppe des zentralen adhs-netzes:

Prof. Dr. Manfred Döpfner, Köln
Prof. Dr. Tobias Banaschewski, Mannheim
Prof. Dr. Michael Rösler, Homburg
Dr. Klaus Skrodzki, Forchheim

Dieses Eckpunktpapier wird unterstützt von folgenden Fachverbänden und Organisationen:

- ADHS Deutschland e.V.
- Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte (AG ADHS)
- Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Neuropädiater e.V. (AG NNIP)

- Berufsverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V. (BED)
- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP)
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN)
- Berufsverband der deutschen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (BVDP)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ)
- Deutscher Berufsverband der Motopädinnen/Mototherapeuten e.V. (DBM)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, DGPS)
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT)
- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (DPTV)
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)

Literatur

1. American Psychiatric Association/Falkai P, Wittchen HU, Döpfner M, Gaebel W, Maier W, Rief W, Saß H & Zaudig M (Hrsg.) (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-5®. Göttingen: Hogrefe
2. Banaschewski T, Coghill D, Santosh P, Zuddas A, Asherson P, Buitelaar J, Danckaerts M, Döpfner M, Faraone SV, Rothenberger A, Sergeant J, Steinhausen HC, Sonuga-Barke EJ & Taylor E (2006). Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *European Child & Adolescent Psychiatry* 15(8), 476–495
3. Banaschewski T, Zuddas A, Asherson P, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, Döpfner M, Rohde LA, Sonuga-Barke E & Taylor E (Hrsg.) (2015). *ADHD and Hyperkinetic Disorder* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press
4. Barkley R A (2002). International consensus statement on ADHD. *January 2002. Clin Child Fam Psychol Rev*, 5(2), 89–111
5. Biederman J, Mick E & Faraone S V (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*, 157(5), 816–818

6. Bundesärztekammer (Hrsg.) (2007). *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Stellungnahme* herausgegeben vom Vorstand der Bundesärztekammer auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
7. Burt SA (2009). Rethinking environmental contributions to child and adolescent psychopathology: a meta-analysis of shared environmental influences. *Psychol. Bull.* 135, 608–637
8. Chang Z, Lichtenstein P, Asherson PJ & Larsson H (2013). Developmental twin study of attention problems and high heritabilities throughout development. *JAMA Psychiatry* 70, 311–318
9. Döpfner M, Banaschewski T, Krause J & Skrodzki K (2010). Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 131–136
10. Döpfner M, Breuer D, Wille N, Erhart M, Ravens-Sieberger U & BELLA Study Group (2008). How often do children meet ICD-10 DSM-IV criteria of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder and Hyperkinetic Disorder? Parent based prevalence rates in a national sample: results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17 (supplement 1), 59–70
11. Döpfner M, Frölich J & Lehmkuhl G (2013). *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Leitfaden Kinder- und Jugendpsychiatrie*, Band 1. (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe
12. Döpfner M, Lehmkuhl G, Schepker R & Frölich J (2007). *Hyperkinetische Störungen (HKS)*. In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Kliniker für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie & Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg.). *Leitfaden zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (3. überarb. und erw. Aufl., S. 239–254). Köln: Deutscher Ärzte Verlag
13. Erskine HE, Ferrari AJ, Polanczyk GV, Moffitt TE, Murray CJ, Vos T, Whiteford HA & Scott JG (2014). The global burden of conduct disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in 2010. *J Child Psychol Psychiatry*, 55(4), 328–336. doi: 10.1111/jcpp.12186
14. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, Rohde LA, Sonuga-Barke EJ, Tannock R & Franke B (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews* (online) doi:10.1038/nrdp.2015.20
15. Faraone SV, Biederman J & Mick E (2006). The age dependent decline of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol. Med.* 36, 159–165
16. Faraone S, Perlis RH, Doyle AE, Smoller J W, Goralnick JJ, Holmgren MA, & Sklar P (2005). Molecular genetics of attention deficit/hyperactivity disorder. *Biol. Psychiatry* 57, 1313–1323
17. Hansch C, Freund-Braier I, Hautmann C, Janen N, Plöck J, Brix G, Eichelberger I & Döpfner M (2010). Detecting effects of the indicated Prevention programme for Externalizing Problem behaviour (PEP) on child symptoms, parenting and parental quality of life in a randomised controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 95–112
18. Hautmann C, Hoijtink H, Eichelberger I, Hansch C, Plöck J, Walter D & Döpfner M (2009). One-year follow-up of a parent management training for children with externalizing behavior problems in the real world. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 379–396
19. National Institute for Health and Clinical Excellence (2013). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. Issued: September 2008 last modified: March 2013. NICE clinical guideline 72. guidance.nice.org.uk/cg72
20. Nigg JT (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clin Psychol Rev*, 33(2), 215–228
21. Pelham WE & Fabiano GA (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 184–214
22. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A & Rohde LA (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 56(3), 345–365. doi: 10.1111/jcpp.12381
23. Plöck J, Eichelberger I, Hautmann C, Hansch C, Janen N & Döpfner M (2015). Effectiveness of a teacher based indicated prevention program for pre-school children with externalizing problem behaviour. *Prevention Science*, 16, 233–241
24. Sonuga-Barke EJS, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin MT, Holtmann M, Stevenson J, Danckaerts M, van der Oord S, Döpfner M, Dittmann R, Simonoff E, Zuddas A, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Hollis C, Konofal E, Lecendreux M, Wong I, Sergeant J & on behalf of European ADHD Guidelines Group (2013). Non-pharmacological interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry*, 170, 275–289
25. Steinhausen, HC, Rothenberger A & Döpfner M (Hrsg.) (2010). *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*. Stuttgart: Kohlhammer
26. Taylor E, Döpfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, Rothenberger A, Sonuga-Barke EJS, Steinhausen HC & Zuddas A (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13 Suppl 1, 17–30
27. WHO (Hrsg.) (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (9., veränd. Aufl.). Bern: Huber
28. Zentrales adhs-netz (2009). *Eckpunkte zu ADHS und Schule*. Stand: 02.04.2009. http://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/ADHS/C3%9Cber_das_Netz/Taetigkeit/Arbeitsgruppen/ADHS_und_Schule/Eckpunktpapier_zu_ADHS_und_Schule.pdf
29. Zentrales adhs-netz (2010). *Eckpunkte zu ADHS und Jugendhilfe*. Stand: 23.11.2010. http://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/ADHS/C3%9Cber_das_Netz/Struktur/Arbeitsgruppen/Eckpunkte_zu_ADHS_und_Jugendhilfe.pdf
30. Zentrales adhs-netz (Hrsg.) (2012a). *Diagnostik und Therapie von ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Leitlinienbasiertes Protokoll*. Göttingen: Hogrefe
31. Zentrales adhs-netz (2012b). *Stellungnahme des zentralen adhs-netzes zu häufigen Fehlinformationen der Presse zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. Stand: 19.03.2012. http://www.zentrales-adhs-netz.de/uploads/media/Stn_zan_Fehlinformationen_Presse_verabsch_01.pdf

Anmerkung: Folgender Link führt zum abgebildeten Diskursfragment: https://nanopdf.com/download/neue-eckpunkte-des-zentralen-adhs-netzes-das-zentrale-adhs-netz_pdf [zuletzt abgerufen am 01. März 2020].

D. Historischer Überblick (Quelle: Staufenberg, 2011)

Zappelphilipp/Unart/Vater-Sohn-Konflikt	1845	Heinrich Hoffmann, Arzt, D
Nervöse Konstitution/Gehirn als psychisches Organ	1845	Wilhelm Griesinger, Psychiater, D
Hypermetamorphose/vorschnelle Entwicklung	1859	Heinrich Neumann, Psychiater, D
Affektives oder moralisches Irresein	1867	Henry Maudsley, Kinderpsychiater, UK
Vererbung und Degeneration	1878	Hermann Emminghaus, Kinderpsychiater, D
Neurasthenie	1869	George Miller Beard, Neurologe, USA
Konstitutionelle Charakterfehler	1890	Ludwig Strümpell, Philos., Pädag., Psychol., D
Krankheit vererbt (bis ins Erwachsenenalter)	1891	Friedrich Scholz, Psychiater, D
Neuropath. Konstitution, Erziehungsdefizite	1908	Adalbert Czerny, Pädiater, D
Moral Defect of biological origin	1902	George Fredrik Still, Pädiater, UK
Mental Deficiency/Feeble Mindedness	1908	Alfred Frank Tredgold, Arzt, Eugeniker, UK
Postenzephalitische Verhaltensstörung	1923	F.G. Ebaugh, Psychiater, USA
Psychopathische Konstitution	1926	August Homburger, Kinderpsychiater, D
Hyperkinetische Erkrankung im Kindesalter »Kramer-Pollnow-Syndrom«	1932	Moritz Kramer/Hans Pollnow, Psychiater u. Neurologe, D
Erfolgreiche Behandlung verhaltensauffälliger Kinder mit Benzedrin® (dl-Amphetamin)	1937	Charles Bradley, Pädiater, USA
Minimal Brain Damage/MBD	1947	A.A. Strauss/L.E. Lethinen, Psychiater, USA
Hirnorganisches psychisches Achsensyndrom	1954	Gerhard Göllnitz, Psychiater, DDR
Methylphenidat (Amphetaminderivat)/Ritalin®	1954	Alessandro Panizzon → Ciba (heute Novartis)
Hyperkinetic syndrome	1955	C. Ounsted, Psychiater, UK
Hyperkinetic impulse disorder	1957	M. Laufer/E. Denhoff/G. Solomons
Minimal Brain Ddysfunction/MBD	1962	Samuel D. Clements/J.E. Peters
Minimal cerebral dysfunction/MCD	1963	R.C. MacKeith/M.C.O. Bax
Frühkindliches exogenes Psychosyndrom	1964	R. Lempp, Kinder- und Jugendpsychiater, D
Psychoorganisches Syndrom bei Kindern/POS	1966	R.J. Corboz, Kinder- und Jugendpsychiater, CH
Hyperactive syndrome	1966	M. Stewart, Psychiater, USA
Hyperkinetic Reaction of Childhood	1968	DSM II, USA
Attention deficit	1970/2	Virginia, I. Douglas, Psychologin, CAN
Psychoneurologische Schwäche/ Teilleistungsstörungen/LRS	1971	Doris J. Johnson/Helmer R. Myklebust, USA
Hyperkinetisches Syndrom des Kindesalters	1975	ICD-9 – WHO, CH
Attention Deficit Disorder/ with or without hyperactivity	1980	DSM III, USA
Attention Deficit-hyperactivity Disorder/ADHD	1987	DSM-III-R, USA
Hyperkinetische Störungen	1989/92	ICD-10 – WHO CH
Deficits in Attention, Motor control and Perception (DAMP)	1989	Christopher Gillberg, S
Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD NOS (not otherwise specified)	1994	DSM-IV, USA
S3 Leitlinie ADHS	2017	D

E. Diskursstränge und typische Aussagen im Überblick

Tabelle 22: Chronologie zu den Klassifikationen ICD und DSM

Chronologie der Klassifizierungen in den zwei international anerkannten Diagnosesystemen				
ICD	1893 (ICD 1)	1975 (ICD 9)	1989 (ICD 10)	2018 (ICD 11)
DSM	1952 (DSM 1)	1968 (DSM II) 1980 (DSM III)	1987 (DSM III R) 1994 (DSM IV)	2013 (DSM 5)

Tabelle 23: Überblick der Diskursstränge und Aussagen

Diskursstränge (Aussagefelder)	Aussagen/Äusserungen: 1957	Aussagen/Äusserungen: 1974	Aussagen/Äusserungen: 2014	Aussagen/Äusserungen: 2016
Definition (Klassifikation)	«Hyperkinetische Impulsstörung» (A2);	«Hyperkinetisches Syndrom im Kindesalter» (HKS) (A1)	«ADHS»; «einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung» (HKS)	ADHS
Diagnose/ Diagnostik		<ul style="list-style-type: none"> HKS ist «eine <i>phänomenologische</i> Diagnose»; «nicht immer prima vista» zu erkennen D. kann «nur in ihren Extremvarianten gestellt werden» Diagnostik ist auf «genauere Verhaltensbeschreibungen von Eltern und Lehrer angewiesen» (A1) 	<ul style="list-style-type: none"> Die D. erfolgt primär klinisch ADHS ist eine klar definierte Störung die D. ist größtenteils «sicher und zuverlässig» bzw. «sicher und eindeutig» zu stellen der Fremdanamnese kommt eine besondere Bedeutung zu (A10) neuropsychologische Leistungstests sind «nicht hinreichend» für eine D.: bei einem wesentlichen Teil der Kinder mit ADHS zeigen solche Tests keine Einschränkungen in den exekutiven Funktionen (A12); Komorbiditäten sind abzuklären (A13) 	<ul style="list-style-type: none"> «lässt sich zuverlässig diagnostizieren» durch international anerkannte Kriterien definiert; bei den «Symptomen gibt es einen fließenden Übergang zu Normvariationen; ADHS lässt sich aber durch die Zahl und Schwere der Symptome und die damit einhergehende, deutliche Beeinträchtigung meist in mehreren Lebensbereichen abgrenzen; in Einzelfällen kann die Abgrenzung [zu Verhaltensvariationen und] zu anderen psychischen Störungen schwierig sein die Diagnostik erfordert eine besondere Expertise (A4)

<p>Symptombeschrieb (Störungskonzept, Symptomatik)</p> <p>Beeinträchtigung der Lebensqualität & Störungsfolgen (für Betroffene und deren Umgebung)</p> <p>Komorbidität (Begleiterkrankung)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Das herausragende Störungsmerkmal ist die Hyperaktivität • Die HKS beginnt in der frühen Kindheit oder erst im 5. oder 6. Lebensjahr • kurze Aufmerksamkeitsspanne und begrenzte Konzentrationsfähigkeit zeigen sich besonders im schulischen Kontext • Schulleistungen unterliegen oft starken Schwankungen • Unbeständigkeit ist häufig auch im Verhalten erkennbar; es wird als unberechenbar und impulsiv beschrieben, ohne sichtbaren Vorsatz • Mit HKS assoziierte Symptome sind leichte Erregbarkeit und geringe Frustrationstoleranz • Kinder mit HKS sind scheinbar unfähig Verzögerungen der Bedürfnisbefriedigung und der eigenen Ansprüche zu tolerieren (A2) • mangelhafte Schulleistungen fallen oft auf; die Symptomatik erzeugt ein Verhaltensmuster, das dem Kind die Teilnahme an der Arbeit im Schulzimmer sehr erschwert; die oft hinzukommende visuell-motorische Problematik, in Kombination mit den anderen beschriebenen Schwierigkeiten, führen zu schlechten Leistungen im Rechnen und Lesen; Lesen und 	<ul style="list-style-type: none"> • Mit HKS assoziiertes Verhalten stellt einen «sehr viel» stärkeren «Störfaktor» dar, als bei anderen Verhaltensstörungen • schon im Kleinkindalter wird der Lebenskreis der Erwachsenen dadurch «schwer beeinträchtigt» (A2) • Kinder mit HKS sind «extrem reizoffen»; «nicht imstande, unschwellige Außenreize abzuwehren» • sie werden von Lehrern und Schülern als Klassenstörer und Faxenmacher abgewertet • die motorische Unruhe und Konzentrationsschwäche bedingen soziale Desintegration • was meistens als milieureaktive Erziehungsschwierigkeit missdeutet und irrtümlich den Eltern angelastet wird (A11) • das Versagen der Kinder kränkt die Eltern • Lehrer lehnen diese Kinder als Klassenstörer ab und sehen ihre Ablehnung durch die schwankenden Leistungen der Kinder bekräftigt (A12) • Kinder mit einer MCD entwickeln häufiger eine sekundäre Neurose als hirngesunde Kinder (A13) 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Symptomatik «situationsübergreifende Bewegungsunruhe, erhöhte Impulsivität und Störung der Aufmerksamkeit und Konzentration» führt zu «Leistungsproblemen» in der Schule • Unruhe «verhindert die überdauernde Mitarbeit» (im Unterricht) und «wird als störend wahrgenommen»; Impulsivität «führt oft zu Konflikten und sozialer Sonderrolle in der Klasse» • bezüglich Identifikation und Bewältigung der Symptome «kommt der Schulsituation und den Lehrern oftmals eine besondere Rolle [zu]» (A1) • ADHS ist mit «außerordentlich hohen» Raten an Komorbidität assoziiert (A14); außerdem mit somatischen Störungen (bspw. Neurodermitis), wie in den letzten Jahren erkannt wurde (A16) 	<ul style="list-style-type: none"> • ADHS äussert sich «vor allem auf kognitiver und Verhaltens-ebene» • die (Kern-)Symptome wandeln sich im Lebensverlauf, zeigen sich in mehreren Lebensbereichen; mit ihnen «gehen in der Mehrzahl der Fälle andere psychische Störungen und Auffälligkeiten einher» • ADHS verursacht Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion, der schulischen und beruflichen Leistungsfähigkeit, der Möglichkeiten zur Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen • ADHS stellt also in jedem Alter eine behandlungsbedürftige psychische Störung dar (A1) • bei den «Symptomen gibt es einen fließenden Übergang zu Normvariationen» (A4) <p>→ im Aussagenfeld oder Kontext des Symptombeschriebs lässt sich die letztgenannte Information eher als Aussage auslegen, während sie im Kontext der Diagnostik vielmehr die Funktion einer Äusserung erfüllt (s.o.): Die Trennungsgrundlage für Aussage und Äusserung findet sich im Methodenkapitel auf Seite</p>
---	--	---	--	--

	<p>Schreiben sind häufig mit Misserfolgen verbunden</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Handschrift ist oft unordentlich und unregelmässig (A3) 			
<p>Ätiologie (Kausalfaktoren)</p> <p>Epidemiologie (Prävalenz, Verlauf, Prognose)</p> <p>Komorbidität (Begleiterkrankung)</p> <p>Sozialisation (Genderspezifika, tradiertes Rollenverständnis)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Längst ist bekannt, dass eine schwere Kopfverletzung, eine Enzephalitis und übertragbare Krankheiten, wie z.B. Masern, eine persistierende Verhaltensstörung charakteristischer Art zur Folge haben können • Verhaltensstörungen mit HKS entsprechendem Verhaltensmuster häufig auch bei Kindern beobachtet, deren Krankheitsgeschichte keine der klassisch organischen Ursachen aufweist (A1) • die für die HKS beschriebenen, charakteristischen Symptome <i>können durch rein emotionale Gründe verursacht</i> sein; insbes. die «Hypermotilität» mag als Mechanismus zur Verteidigung dienen: sie hat eine aggressive und sadistische Komponente und viele andere dynamische Implikationen • Die HKS scheint zum Zeitpunkt ihrer Entstehung nicht mit einem bestimmten psychologischen Phänomen verbunden zu sein, obwohl mit ihm psychologische Auswirkungen und 	<ul style="list-style-type: none"> • Für die Beurteilung des Schweregrades und die Grenzziehung zw. normal vs. pathologisch spielen z.B. Genderspezifika und Sozialisationskontexte eine Rolle • Befunde der Tierpsychologie legen nahe: Erbinformationen sind ätiologisch bedeutsam • das HKS tritt bei Jungen im Verhältnis 4:1 häufiger auf als bei Mädchen (A3) • Neben MCD kommen als Kausalfaktoren erbgenetische, psychogene, endogene und somatische Einflüsse in Betracht; in den USA verstärkt sich die Tendenz, das bislang ausschließlich auf leichte Hirnschäden zurückgeführte HKS auf erbbiologische Verhaltensmuster zurückzuführen (A5) • MCD-Kinder entwickeln häufiger eine sekundäre Neurose als hirngesunde Kinder • interaktionelle Ereignisse (bspw. soziale Ablehnung) und die gesteigerte Vulnerabilität dieser «reizüberempfindsamen» Kinder verstärken sich wechselseitig: d.h. die 	<ul style="list-style-type: none"> • «kulturübergreifend eine der häufigsten Diagnose im Kindesalter mit einer weltweiten Prävalenz von ca. 5 %» • Diagnoseverhältnis Jungen vs. Mädchen in Deutschland 4:1 (A5) • Zwillingsstudien zeigen klar eine genetische Determiniertheit der ADHS von 80% (analog Schizophrenie, Autismus oder Bipolarer Störung) (A6) • Umweltfaktoren spielen nur eine untergeordnete Rolle in der Ätiologie: identifiziert als relevante Risikofaktoren wurden z.B. Nikotin und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft; Studien zur Bedeutung von Nahrungsmitteln und deren Zusätzen weisen nur geringe Effekte auf (A7); • unterschiedliche neurobiologische Veränderungen können das klinische Bild ADHS hervorrufen (eindeutige Belege für biochemische Hypothesen fehlen) (A8) • in bildgebenden Verfahren zeigen sich in vielen Regionen im Gehirn strukturelle und 	<ul style="list-style-type: none"> • ADHS tritt häufig auf (bei Kindern und Jugendlichen ca.: 3% bis 6%, bei Erwachsenen ca.: 3%) und kann bis ins Erwachsenenalter persistieren (A2) • «Über die Ursachen von ADHS liegen empirisch gut gesicherte Erkenntnisse vor» • die Ursachenzusammenhänge sind aber nicht abschliessend geklärt, weitere Forschung ist notwendig • «Genetische Ursachen haben den grössten Anteil bei der Entstehung von ADHS, wobei Umweltfaktoren bei der Entstehung von ADHS beteiligt sind» • ADHS tritt häufiger bei Mädchen auf, lässt sich differentialdiagnostisch aber nur schwer abgrenzen (A3)

	<p>Folgekrankheiten einhergehen können (A6)</p> <ul style="list-style-type: none"> eine rein emotionale Ursache für die HKS kann nicht ausgeschlossen werden (A29) nicht nur Traumen oder eine Dysfunktion des ZNS bewirken das beschriebene Verhalten, sondern es zeigt sich auch in der gewöhnlichen Entwicklung von Kindern (A30) und es wird später durch Reifungsprozesse überwunden (A46) 	<p>zunächst organisch bedingte einseitige Übersteuerung bewirkt einen rückgekoppelten Aktions-Reaktionskreis: das Kind und meistens auch die Eltern bedürfen einer Therapie (A13)</p>	<p>funktionale Unterschiede gegenüber Gesunden (A9)</p> <ul style="list-style-type: none"> 50% bis 80% der Kinder mit ADHS bleiben im Erwachsenenalter durch die Symptomatik beeinträchtigt (A18) Prädiktoren für die Persistenz sind eine schwere primäre Symptomatik im Kindesalter, viele Komorbiditäten, insbes. mit Sozialverhaltensstörungen (→ erhöhtes Risiko für spätere Kriminalität), ein Mangel an kompensatorischen kognitiven Ressourcen, ein unzureichend förderndes psychosoziales Umfeld, es besteht ein erhöhtes Risiko für eine Persönlichkeitsstörung (A19) Eine psychosoziale Anpassung kann später zwar gelingen (sehr heterogener Verlauf); es besteht jedoch eine «erheblich erhöhte Gefahr», dass Kinder mit ADHS später psychosozial scheitern (A20) 	
<p>Therapieansätze und Behandlungsmöglichkeiten (speziell Psycho- und Pharmakotherapie)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Amphetamine und ggf. andere Medikamente verbessern die Symptomatik (gestützt durch Ergebnisse der Foto-Metrazol-Studien) die Effektivität indiziert ihren Einsatz bis zu dem Zeitpunkt, an dem sich die Symptome durch normale Reifungsprozesse auswachsen (A46) 	<ul style="list-style-type: none"> Die Behandlung des HKS ist der Polyätiologie entsprechend mehrdimensional ausgerichtet (A18) Heilpädagogische Maßnahmen sollen die «vorher kurzen Zügel zugunsten der langen Leine» aufgeben (A19) in erster Linie eignet sich die psychomotorische 	<ul style="list-style-type: none"> Die Therapie umfasst verhaltenstherapeutische Massnahmen inkl. Psychoedukation und pharmakotherapeutische Ansätze: die Auswahl erfolgt individuell abgestimmt mit Berücksichtigung der psychosozialen Situation des Patienten und vorliegender Komorbiditäten (A21) 	<ul style="list-style-type: none"> Die Verminderung von ADHS-Symptomen und deren negativen Auswirkungen ist möglich Eine systematische Implementierung von Prävention im Vorschul- und Schulalter sollte nun eingeleitet werden (A5) «Die Behandlung von ADHS erfordert einen individuellen, multimodalen Ansatz» (dieser

		<p>anderen Ländern der EU; diese Einstellung beginnt sich wegen der sehr ungünstigen Entwicklungsprognose auch bei uns zu lockern (A25)</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Medikamente unterliegen in D seit dem 21.1.74 der BtMVV; 200mg/Tag dürfen verschrieben werden (A26) 	<p>ADHS reduzieren (protektiver Effekt)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung, begleitete regelmässige Kontrolluntersuchungen & Auslassversuche sollen nur durch Fachleute erfolgen (A27) 	<p>Kooperation von Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystem (A9)</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Zusammenarbeit von Fachpersonen und Fachstellen sowie mit Selbsthilfeorganisationen muss intensiviert werden (A10) • intensiviert werden muss auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung zur ADHS für Fachkräfte der versch. Systeme (A11) • die Erforschung zur ADHS in D muss weiter gefördert werden (A12) • «In der Öffentlichkeit sind Fehlinformationen über das Störungsbild und seine Behandlung noch immer weit verbreitet, eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit ist daher notwendig» (A13)
--	--	---	--	--

F. Konsultierte empirische Studien im Überblick

Anhand der im Folgenden dargestellten zentralen Inhalte der jeweiligen Studie wurde unter anderem überprüft, ob die Inhalte der skizzierten Studien und die Zuordnung zu den Aussagefeldern *Funktionsniveau/Leistung*, *Lebensqualität/Wohlbefinden* und *Interaktionsfähigkeit* übereinstimmen.

Art. 1, 1999, Komm¹²³ (familiäre **Interaktion**) → interaktionelle familiäre Schwierigkeiten im Hinblick auf das Steuerungs- und Erziehungsverhalten der Eltern (negative Wirkung zeigte: Bestrafung, Liebesentzug, materielle Belohnung, Ablehnung, Verteidigung; positive Wirkung zeigte: Zuneigung, Zustimmung, Bekräftigung, emotionale Verbundenheit).

Art. 2, 1999, Komm (schulische **Interaktion**) → Soziale Kompetenzen und soziale Anpassungsschwierigkeiten in der Schule (sozialer Status, Aggression, Viktimisierung), SB, → FB: Lehrerurteile fielen kritischer aus als Elternurteile, geringere Sozialkompetenz bei Buben ggü. Mädchen → kein Hinweis auf weniger SK bei ADHS.

Art. 4, 2001, Komm (Mutter-Kind-**Interaktion**), Mutter-Kind-Interaktion und externalisierende Störungen (mütterliches Steuerungsverhalten und Interaktionsmuster wird untersucht: Welche Zusammenhänge zu externalisierendem Verhalten von Kindern mit hyperkinetischen Störungen und SSV zeigen sich), gegenseitige negative Beeinflussung der Symptomatik und restriktivem Verhaltensmuster der Mütter von Kindern mit HKS (Wechselwirkungen, Rolle der Mütter nicht überbewerten) → zentrale Aussagen über interaktionelle Schwierigkeiten werden bestätigt. → negative Emotionen als besonders bedeutsam für die Entstehung und Aufrechterhaltung von externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten, ebenso ungünstige familiäre Verhältnisse (niedriges Einkommen, familiärer Stress, kinderreiche Familien, Eltern erlebten in der Kindheit psychische Auffälligkeiten ihrer Eltern).

Art. 29, 2007, Komm (**Funktion**, neurologische bzw. kognitive **Leistungsprofile** bei ADHS und Autismus) → exekutive Funktionen (*Daueraufmerksamkeit, Inhibition, Reaktionswechsel*,

¹²³ „Komm“ steht als Abkürzung für kommentierte Studienergebnisse.

Arbeitsgedächtnis und Planungsverhalten) sowie emotionsbezogene Gesichtserkennung im Fokus → alle Gruppen zeigten mit zunehmendem Alter Verbesserungen der exekutiven Funktionen, Defizite der Inhibitionsleistung bei Kindern mit ADHS nehmen längerfristig ab, insgesamt keine statistischen Unterschiede bez. Exekutivfunktionen noch bez. emotionsbezogener Gesichtserkennung.

Art. 32, 2007 (**Lebensqualität**, Befindlichkeit), Ärgerregulierung bei Jungen mit ADHS, *Verhaltenshemmung und Impulskontrolle*, kein signifikanter Unterschied zw. EG und KG.

Art. 39, 2008, Komm (**Interaktion**, Behandlung der Mütter mit ADHS, Elternttraining), Überblicksartikel zu Familienklima, Erziehungsverhalten, Lebensqualität, → Zentrale Aussagen im klinischen Diskurs zu Interaktionsschwierigkeiten werden bestätigt, Behandlung der Mütter als wesentliche Voraussetzung des Erfolges von psychosozialer Interventionen bei Kindern mit ADHS.

Art. 46, 2009, Komm (**Lebensqualität**, Erziehungsverhalten), Eltern von Kindern mit ADHS schätzen ihre Lebensqualität geringer ein als Eltern von Kindern ohne ADHS, ebenso schätzen sie ihr Erziehungsverhalten als negativer ein. → Familienorientierte Interventionsmaßnahmen werden empfohlen.

Art. 59, 2011 (**Interaktion**, Temperament und soziale Reaktivität bei ADHS und ASD), soziale Schwierigkeiten bedingt bei beiden Gruppen durch die Temperamentsdimension *Belohnungsabhängigkeit* (tiefe Werte, zeigen wenig Interesse an Umwelt, eher resistent gegenüber Bewertung durch Umwelt), → spezifische Persönlichkeitskonstellationen bestehen früh und wirken negativ auf die Entwicklung sozialer Fertigkeiten ein.

Art. 60, 2011 (**Interaktion**, Fähigkeit zur Empathie bei ADHS und SSV), Unterschiede der ADHS Subtypen und zu SSV.

Art. 62, 2011, Komm (**Funktion**, Inhibitionsfähigkeit bei HSV in Abhängigkeit von sozialer oder monetärer Belohnung), EG und gesunde KG zeigen Verbesserungen der IF bei sozialer

und monetärer Belohnung, wobei letztere größere Verstärkereffekte zeigt. Keine Hyposensitivität bei Jungen mit HSV für soziale Belohnung.

Art. 64, 2012 (**Funktion**, Leistung, intellektuelle Fähigkeit, Längsschnitt), → Probanden mit schwächere Intelligenzleistung wurden in der Untersuchungssituation durch den Beobachter als auffälliger beurteilt (Forscher bringen dies mit einer mangelnden Kooperation und Oppositionstendenzen dieser Probanden in Verbindung).

Art. 66, 2012 (**Lebensqualität**, Befindlichkeit, *defizitäre Emotionsregulation* bei Kindern mit ADHS, *Wut, Angst, Trauer*), zeigen sich Unterschiede im Strategiegebrauch zu einer gesunden Kontrollgruppe? → Kinder mit ADHS verwendeten seltener adaptive Strategien zur Emotionsregulation (kognitives Problemlösen, problemorientiertes Handeln, Stimmung anheben, Umbewertung oder Zerstreuung) als gesunde KG-Kinder, dies verstärkte weitere psychische Auffälligkeiten bei ihnen.

Art. 68, 2012 (**Funktion**, Leistung, *Verarbeitungsgeschwindigkeit, Arbeitsgedächtnis* im HA-WIK-IV bei Kindern mit ADHS mit oder ohne komorbide Störung sowie bei Kindern mit einer Angststörung oder einer anderen emotionalen Störung), → **Signifikante Schwächen in Bezug auf die Verarbeitungsgeschwindigkeit**, jedoch nur bedingt bezüglich des Arbeitsgedächtnisses. → Leistungsprofil von ADHS ohne Komorbidität unterscheidet sich nicht vom Profil der Gruppe mit Angststörungen oder anderen emotionalen Störungen. *Die häufig reduzierte kognitive Leistung bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS sei demnach eher durch komorbid vorliegende Entwicklungsstörungen, nicht per se durch die Aufmerksamkeitsstörung oder eine durch diese erklärbaren Gesamt-IQ zu erklären.*

Art. 77, 2013 (**Lebensqualität**, Langzeit-Katamnese-Studie), → ADHS im Kindes- und Jugendalter korreliert mit einer hohen Rate an psychischer Folgeerkrankungen im Erwachsenenalter (antisoziale Persönlichkeitsstörung, Substanzmissbrauchsstörung, bipolare Störung, Depressionen und Angststörungen), Arbeitslosigkeit, geringer qualifizierte Arbeit, Partnerschaftstörungen, chaotische Haushaltsführung, risikoreiches Verhalten, Unfälle, Gesetzesverletzungen und Delinquenz.

Art. 78, 2014 (**Interaktion**, ADHS und Ausmaß elterlicher Stressbelastung) → frühkindliche Spielunlust als Indikator für eine spätere ADHS? Höhere Stressbelastung bei Müttern, deren Kinder Spielunlust zeigen.

Art. 87, 2015, **Komm**, (**Funktion**, Komorbidität von Lernschwierigkeiten mit ADHS Symptomen), beeinträchtigte Aufmerksamkeitssteuerung, Untersucht Lernschwierigkeiten gesondert nach ADHS Subtypen, schulischem Leistungsbereich (lesen, schreiben, rechnen) und differenziert zwischen Lernschwierigkeiten. → Unaufmerksamer Subtyp tritt am häufigsten auf, unabhängig von der Probandengruppe, → **schulische Minderleistung von Kindern hängt vor allem mit der bei ihnen beobachteten Unaufmerksamkeit zusammen!** In der Schule treten aber häufig Kinder mit hyperaktiven oder impulsiven Symptomen in den Vordergrund, da sie die schulischen Abläufe sehr viel stärker stören. Die Studie legt nun nahe, dass besonders Kinder mit ADS nicht in wünschenswerter Weise vom Unterricht profitieren können.

Art. 94, 2015, **Komm** (**Interaktion**, Mutter-Kind-Beziehung), **Zahlreiche Studien belegen, dass Verhaltensauffälligkeiten, wie z.B. externalisierendes Verhalten und soziale Anpassungsschwierigkeiten häufig in einem Zusammenhang mit einer feindseligen Eltern-Kind-Beziehung stehen.** *Geringe Sensitivität, wenig Wärme und hart strafendes Verhalten der Bezugspersonen gelten somit als Prädiktoren für Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern.* **Demgegenüber erweist sich responsiv-feinfühliges Verhalten als wichtige Bedingung für die Entwicklung der Selbstregulation im Kleinkind- und Vorschulalter.** → Die Prüfung des Instruments zur Messung der Eltern-Kind-Beziehung ergab eine gute Validität. → **Rückgekoppelter Aktions-Reaktionskreis** (Nissen). → **Einfluss familiärer Risikofaktoren in Verbindung mit ADHS in der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung bisher vernachlässigt.** Jüngere Studie greift diese Thematik auf und identifiziert eine ungünstige Erziehung, negative Befindlichkeit der Eltern, geringe Sensitivität/Qualität der Eltern-Kind-Beziehung als drei Faktoren der Vulnerabilität von Kindern. Sie verstärken die DHS Symptomatik des Kindes in 5 Bereichen: Aufmerksamkeits- und Schulprobleme, ungünstige soziale Informationsverarbeitung, externalisierende Verhaltensprobleme, Gedächtnisverzerrungen, Schlafstörungen.

Art. 97, 2016 (**Funktion**, Leistung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in der WISC-IV, Nutzen von Leistungsprofilanalysen in der Diagnostik), → **Signifikante Unterschiede der**

klinischen Probandengruppen vor allem in Hinblick auf die *Verarbeitungsgeschwindigkeit* (vgl. Art. 68), Bei AD(H)S Gruppe: ADS-Subtyp signifikant niedrigere Werte als kombinierte ADHS (vgl. Art. 87), keine Unterschiede der ADHS-Gesamtgruppe (ADS, ADHS) und den Probanden mit verschiedenen affektiven Störungen) in Bezug auf Sprachverständnis, wahrnehmungsgebundenes logisches Denken, Arbeitsgedächtnis und Gesamt-IQ. → Leistungsprofilanalysen dienen eher der Differentialdiagnostik, mangelhafte Aussagekraft für ADHS Diagnostik.

Art. 102, 2016 (**Funktion**, Aufmerksamkeits- und Leseleistung bei ADHS, Lese- und Rechtschreibstörung und komorbide Störung), → überzufällig häufige Korrelationen zwischen ADHS und LRS, untersucht wurde die Aufmerksamkeitsleistung von Kindern mit ADHS, LRS, ADHS plus LRS und einer gesunden Kontrollgruppe. → Die ADHS Kinder zeigten neben den erwarteten Defiziten in der Aufmerksamkeit auch Auffälligkeiten in der Leseleistung.

Art. 107, 2017 (**Interaktion**, Zuverlässigkeit von Elternabgaben in der Diagnostik).